

Internetausgabe des Tagungsbandes

zum

14. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium

**erschiene n im Februar 2005 innerhalb der
DRV-Schriften als Band 59**

**Herausgeber
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger,
Frankfurt am Main**

14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Rehabilitationsforschung in Deutschland - Stand und Perspektiven -

vom 28. Februar bis 2. März 2005 in Hannover

veranstaltet von

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) Landesversicherungsanstalt Hannover

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Wissenschaftliche Leitung

Dr. R. **Buschmann-Steinhage**, Dr. H.-G. **Haaf**,
Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung, VDR
Prof. Dr. Dr. U. **Koch**, DGRW

Organisationskomitee

M. **Bode** (LVA Hannover), D. **Köhler** (LVA
Hannover), M. **Zimmermann** (LVA Hannover)
A. **Höhl** (VDR), A. **Rosendahl** (VDR)

Programmkomitee:

Prof. Dr. H.H. **Bartsch** (Freiburg), Prof. Dr. C.P. **Bauer** (Gaißach), Prof. Dr. J. **Behrens** (Halle), Prof. Dr. Dr. J. **Bengel** (Freiburg), Prof. Dr. W.F. **Beyer** (Bad Füssing), Prof. Dr. R. **Brennecke** (Berlin), Dr. C. **Büchner** (Düsseldorf), Prof. Dr. C. **Bühler** (Wetter/Ruhr), Dr. I. **Ehlebracht-König** (Bad Eilsen), Prof. Dr. Dr. H. **Faller** (Würzburg), Prof. Dr. E. **Fikentscher** (Halle), Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Dr. E. **Grosch** (Laatzen), Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover), Prof. Dr. P. **Hampel** (Bremen), Prof. Dr. W.H. **Jäckel** (Bad Säckingen), Prof. Dr. G. **Klein** (Bernried), Dr. C. **Kor-sukéwitz** (Berlin), Prof. Dr. W. **Mau** (Halle), Prof. Dr. H. **Meier-Baumgartner** (Hamburg), PD Dr. R. **Muche** (Ulm), Prof. Dr. W. **Müller-Fahrnow** (Berlin), Prof. Dr. F. **Petermann** (Bremen), Prof. Dr. Dr. H. **Raspe** (Lübeck), Prof. Dr. H. **Rüddel** (Bad Kreuznach), Dr. H.M. **Schian** (Köln), PD Dr. M.F. **Schuntermann** (Berlin), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Prof. Dr. W. **Slesina** (Halle), Prof. Dr. H. **Teschler** (Essen), Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen), Prof. Dr. K. **Wegscheider** (Berlin), Dr. F. **Welti** (Kiel), Prof. Dr. A. **Wirth** (Bad Rothenfelde), Dr. E. **Zillessen** (Bad Neuenahr-Ahrweiler), Dr. C. **Zwingmann** (Frankfurt/M).

Tagungsband

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum nunmehr 14. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium dürfen wir Sie herzlich in Hannover begrüßen.

Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ mit seinen acht regionalen Forschungsverbänden hat das Kolloquium in den letzten Jahren immer stärker geprägt. Aus den geförderten Forschungsprojekten wurde eine Fülle neuer Erkenntnisse in zahlreichen Vorträgen und auf vielen Postern präsentiert und diskutiert. Mit ihrer inhaltlichen und methodischen Qualität haben die Verbundprojekte die Rehabilitationsforschung insgesamt voran gebracht. Die Forschungsverbände haben zudem ihre Projekte vernetzt und das Kolloquium für den fachlichen Austausch ihrer Arbeitsgruppen genutzt. Ein Beispiel ist die Arbeitsgruppe der Methodenzentren, die nicht nur Empfehlungen zu Standards für die Rehabilitationsforschung formuliert, sondern auch Einführungen in die rehabilitationswissenschaftliche Forschungsmethodik auf dem Kolloquium angeboten hat, die sich vor allem an Reha-Praktiker wenden.

Mit dem gemeinsamen Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ von Bundesforschungsministerium und Rentenversicherung werden verschiedene Ziele verfolgt: Neben neuen Erkenntnissen für die Praxis und Theorie hat sich die Förderung vor allem auch den nachhaltigen Ausbau der rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsinfrastruktur zur Aufgabe gestellt. Dies ist insgesamt überzeugend gelungen. Insbesondere werden die Verbundsekretariate und Methodenberatung regional erhalten bleiben. Darüber hinaus wurden mehrere Stiftungsprofessuren an Universitäten geschaffen. Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ hat damit dazu beigetragen, dass die Rehabilitationsforschung das erreichte Niveau auch in den nächsten Jahren wird halten und ausbauen können.

Die Verbundförderung im Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ endet für viele Vorhaben schon im Jahr 2004, auch wenn einige Projekte noch etwas länger laufen und die Umsetzungsprojekte erst Ende des Jahres beginnen. Das Kolloquium 2005 sollte deshalb dazu genutzt werden, eine Übersicht über die Forschungsergebnisse zu gewinnen und zu diskutieren. Dazu werden die Verbände in verschiedenen Veranstaltungen Gelegenheit haben, ihre Arbeit vorzustellen. Dabei gilt es, den Blick nach vorne zu richten, um offene Fragen zu identifizieren und die Forschungsmethoden aus den gemachten Erfahrungen heraus weiter zu optimieren. Zudem geht es um die Konsequenzen der Ergebnisse für die Praxis, aber auch für die weitere Forschung. Für eine qualifizierte und praxisorientierte Forschung werden sich auch nach Ende der Verbundforschung Fördermöglichkeiten ergeben.

Der Tagungsband ist auch im Internet (<http://www.vdr.de> - Rehabilitation - Tagungen und Kurse - wissenschaftliche Tagungen) zum Herunterladen verfügbar.

Dr. R. Buschmann-Steinhage

Prof. Dr. Dr. U. Koch

Dr. H.-G. Haaf

Dr. E. Grosch

Direktor J. Kayser

Inhaltsübersicht

Plenarvorträge.....	25
Assessmentinstrumente 1.....	32
Assessmentinstrumente 2.....	42
Assessmentinstrumente 3.....	50
Assessmentinstrumente 4.....	59
Assessmentinstrumente (Poster 1 - 5).....	70
ICF 1.....	77
ICF 2.....	85
ICF (Poster 11 - 13).....	94
Qualitätsmanagement 1.....	100
Qualitätsmanagement 2.....	110
Qualitätsmanagement 3.....	119
Qualitätsmanagement (Poster 6 - 9).....	129
Epidemiologie und Reha-Bedarf.....	137
Epidemiologie und Reha-Bedarf (Poster 10).....	146
Reha-Bedarf und Begutachtung.....	149
Gesundheitsökonomie/Reha-Ökonomie.....	159
Gesundheitsökonomie/Reha-Ökonomie (Poster 15 - 17).....	169
Leitlinien in der Rehabilitation.....	175
Prävention, Betriebliche Gesundheitsförderung.....	181
Gesundheitsbildung/Patientenschulung.....	189
Reha-Motivation - neue Ansatzpunkte zur Erfassung und zum Verständnis des Reha-Outcome.....	198
Reha-Recht.....	207
Methodik rehabilitationswissenschaftlicher Forschung.....	216
Rehabilitation im Gesundheitssystem (Poster 14).....	224
Berufliche Rehabilitation.....	227
Berufliche Rehabilitation (Poster 18 - 19).....	240
Berufsorientierte medizinische Rehabilitation 1.....	244
Berufsorientierte medizinische Rehabilitation 2.....	254
Berufsorientierte Rehabilitation für Erkrankungen der Bewegungsorgane.....	264
Orthopädische Rehabilitation 1.....	271
Orthopädische Rehabilitation 2.....	282
Orthopädische Rehabilitation 3.....	291
Orthopädische Rehabilitation (Poster 20 - 28).....	299
Kardiologische Rehabilitation 1.....	316
Kardiologische Rehabilitation 2.....	325
Kardiologische Rehabilitation (Poster 29 - 31).....	334
Neurologische Rehabilitation 1.....	339
Neurologische Rehabilitation 2.....	348
Neurologische Rehabilitation (Poster 32 - 38).....	358

Onkologische Rehabilitation 1.....	370
Onkologische Rehabilitation 2.....	378
Onkologische Rehabilitation 3.....	388
Onkologische Rehabilitation (Poster 39 - 40).....	396
Pneumologische Rehabilitation.....	400
Rehabilitation bei Diabetes mellitus.....	408
Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen 1.....	415
Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen 2.....	425
Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen 3.....	435
Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen 4.....	445
Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen (Poster 41 - 49).....	456
Evaluation in der psychosomatischen Rehabilitation.....	472
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 1.....	483
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 2.....	491
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Poster 50 - 51).....	499
Autorenverzeichnis.....	503

Inhaltsverzeichnis

Plenarvorträge	25
Stand und Perspektiven der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung aus Sicht der Rentenversicherung <i>Reimann, A.</i>	25
Rehabilitationswissenschaften: Erwartungen, Ergebnisse, Perspektiven <i>Koch, U.</i>	27
Rehabilitationsalltag und Rehabilitationswissenschaft - Widerspruch oder Chance? <i>Ehlebracht-König, I.</i>	29
Assessmentinstrumente 1	32
Der Funktionsfragebogen Bewegungsapparat (SMFA-D) - ein erkrankungsübergreifendes Instrument für den Bewegungsapparat <i>Kirschner, S., Wollmerstedt, N., Walther, M., Faller, H., König, A.</i>	32
Der Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), ein neues Messinstrument zur Erfassung der krankheitsspezifischen Lebensqualität bei chronischer Herzinsuffizienz <i>Faller, H., Steinbüchel, T., Schowalter, M., Störk, S., Angermann, C.E.</i>	34
Das Bavaria-Rehabilitanden Assessment BRA® - ein berufsorientierter Anforderungs- und Fähigkeitsabgleich als Bestandteil der medizinisch berufsorientierten Rehabilitation - erste Evaluierungsergebnisse <i>Brauchler, R., Sinn-Behrendt, A., Bopp, V., Landau, K., Presl, R., Stern, H., Knörzer, J.</i>	36
Alltags- und Zielorientierung in der medizinischen Rehabilitation als wichtige Paradigmen für eine erfolgreiche Rehabilitation - Die AZOR-Skala <i>Bürger, W., Koch, U.</i>	38
Entwicklung eines Screening-Instruments zur Feststellung des Bedarfs zur medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation bei MSK-Patienten <i>Streibelt, M., Dohnke, B., Müller-Fahrnow, W.</i>	39
Assessmentinstrumente 2	42
Assessment von chronischer Erschöpfung und Relevanz für die Rehabilitation - Ergebnisse einer Literaturanalyse <i>Ostendorp, O., Muthny, F.A.</i>	42
Schwierigkeiten von Patienten im Umgang mit Fragebögen zur Erfassung ihres Gesundheitszustands: Ergebnisse einer offenen Befragung <i>Meyer, T., Deck, R., Raspe, H.</i>	43
Therapieerleben bei vollstationären Patienten und ihren Angehörigen in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Lind, A., Linden, M.</i>	45
Haus- und Familienarbeit: Ergebnisse zur geschlechtsspezifischen Belastung unter Berücksichtigung der Erwerbstätigkeit <i>Ströbl, V., Meng, K., Reusch, A.</i>	46
Erfassung von Spiritualität/Religiosität als Ressource zur Bewältigung einer chronischen Erkrankung <i>Zwingmann, C., Kohlmann, T.</i>	48

Assessmentinstrumente 3	50
Validierung des Physiotherapeutischen Assessment - Studiendesign und erste Ergebnisse	
<i>Voigt-Radloff, S., Schochat, T., Schlennstedt, D., Heiss, H.W.</i>	50
Eine empirische Strukturanalyse des IRES-Fragebogens Version 2 in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Indikation	
<i>Leonhart, R., Wirtz, M., Bengel, J.</i>	52
Vergleich der Änderungssensitivität von generischen Patientenfragebogen - Ergebnisse einer prospektiven Studie	
<i>Igl, W., Zwingmann, C., Faller, H.</i>	53
Validitäts- und Änderungssensitivitätsprüfung eines Funktionstests zur Erfassung der aktiven Schulterflexion	
<i>Wollmerstedt, N., Böhm, D.T., Kirschner, S., Köhler, M., König, A.</i>	55
Die Änderungssensitivität von präferenzbasierten Indexinstrumenten und generischen Profilinstrumenten bei Rehabilitationspatienten mit einer muskulo-skelettalen, psychosomatischen oder Herz-Kreislauf-Erkrankung	
<i>Mooock, J., Kohlmann, T., Drüner, K., Besch, D., Grunze, M.</i>	57
Assessmentinstrumente 4	59
Illness Perception Questionnaire-Revised - Erste psychometrische Analysen der deutschen Version im Kontext der Rehabilitation	
<i>Glattacker, M., Farin, E., Bengel, J., Jäckel, W.H.</i>	59
Entwicklung und Validierung eines strategischen Planspiels zur Messung von Planungskompetenz in der Beruflichen Rehabilitation	
<i>Arling, V., Spijkers, W.</i>	61
Qualitätssicherung in der neurologischen Rehabilitation: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung von Patientenzufriedenheit und gesundheitlichen Effekten	
<i>Bühner, M., Romero, S., Momtazi, R., Sackmann, A.</i>	63
Entwicklung eines einfachen Fragebogens zur Erfassung der Ergebnisqualität von Prävention und Rehabilitation (EFEQ)	
<i>Schacht, C., Müller, H., Eckert, H., Resch, K.L.</i>	65
Neuer Patientenfragebogen für das interne Qualitätsmanagement der Paracelsus-Kliniken - testtheoretische Ergebnisse für ein intern einsetzbares Komplement zu den externen Inventaren	
<i>Müller-Fahrnow, W., Spyra, K., Erhart, M.</i>	66
Assessmentinstrumente (Poster 1 - 5)	70
Core-sets zur manualmedizinischen Diagnostik der unteren Wirbelsäule bei Patienten mit „low back pain“	
<i>Conradi, S. Smolenski, U.C., Bak, P.</i>	70
Optimierung des Patientenfragebogens zur Erfassung der Rehabilitationsmotivation (PAREMO)	
<i>Herwig, J.E., Kriz, D., Wirtz, M., Töns, N., Nübling, R., Bengel, J.</i>	71
Deutsche Version der Extended Aberdeen Back Pain Scale - Ein Fragebogen für die gesamte Wirbelsäule	
<i>Osthus, H., Cziske, R., Jacobi, E.</i>	73
MMPI-2 Typ-A-Skala - misst sie bei Männern und Frauen in der kardiologischen Rehabilitation das Gleiche?	
<i>Ruf, E., Härtel, U., Gehring, J., Klein, G.</i>	74

Aphasiediagnostik: Aachener Aphasie Test (AAT) und Aphasie Check Liste (ACL) im Vergleich <i>Tesak, J., Küst, J.</i>	76
ICF 1	77
Erfassung kommunikativer Funktionsfähigkeit in der ICF - Erste Schritte zu einem Core Set „Kommunikation“ <i>Wüste, K., Behrens, J., Schneider, S., Zimmermann, M.</i>	77
Einführung der ICF-Klassifikation in Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder – erste empirische Ergebnisse <i>Barre, F., Sperlich, S., Collatz, J.</i>	78
Effektivität und Ziele in der Aphasie-Rehabilitation auf der Basis der ICF <i>Grötzbach, H.</i>	80
Die neuen Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 SGB V – ein Schritt zur Anwendung der ICF in der GKV <i>Nüchtern, E.</i>	81
ICF-basierter Inhaltsvergleich patientenzentrierter Messverfahren im Bereich Schlaganfall als Basis für die Auswahl geeigneter Instrumente zur Datenerfassung <i>Geyh, S., Cieza, A., Kollerits, B., Amann, E., Stucki, G.</i>	83
ICF 2	85
Entwicklung eines ICF-orientierten, adaptiven Fragebogens zu Mobilität und Selbstversorgung (MOSES Fragebogen) <i>Farin, E., Follert, P.</i>	85
Die Anwendung der ICF-Checkliste in der Rehabilitation <i>Ewert, T., Kirschneck, M., Cieza, A.</i>	87
Vorschläge zur Verbesserung der ICF <i>Meyer, A.-H.</i>	88
ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation <i>Bühler, S., Frommelt, P.</i>	90
Prävalenz von ICF-Kategorien im Outcome Assessment klinischer Studien zum Reizdarmsyndrom <i>Schönrich, S., Brockow, T., Franke, T., Resch, K.L.</i>	91
ICF (Poster 11 - 13)	94
Das „Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen <i>Baron, S., Linden, M.</i>	94
Lassen sich die Folgen krankheitswertiger mütterlicher Erschöpfungszustände mit der ICF beschreiben? <i>Sperlich, S., Barre, F., Collatz, J.</i>	95
Leistungsbeurteilung auf einen Blick. Überwindung von Schnittstellen durch eine graphische Übersichtsdarstellung mit der ICF <i>Ueberle, M., Frommelt, P., Grötzbach, H.</i>	97
Qualitätsmanagement 1	100
Weiterentwicklung und Validierung eines Verfahrens zur Visitation von Rehabilitationseinrichtungen <i>Meixner, K., Lubenow, B., Brückner, U., Gerdes, N.</i>	100

Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen auf der Grundlage der Ergebnisse aus der Patientenbefragung <i>Rundel, M., Körner, M., Kohl, C.F.R., Löschmann, C., Nübling, R.</i>	102
Ein einfacher Fragebogen zur Erfassung der Ergebnisqualität (EFEQ) im Vergleich mit dem SF-36: generisch und änderungssensitiv <i>Müller, H., Schacht, C., Eckert, H., Resch, K.L.</i>	104
Erzielen orthopädische Reha-Kliniken, die viel Erfahrung mit funktional belasteten Patienten haben, bessere Reha-Ergebnisse? Eine Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle <i>Farin, E., Glattacker, M., Follert, P., Jäckel, W.H.</i>	106
Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein - Ein Modell der eigeninitiativen Qualitätssicherung <i>Deck, R., Raspe, H.</i>	108
Qualitätsmanagement 2	110
Wie gut funktioniert das Reha-Team aus der Sicht der Mitarbeiter? <i>Mariolakou, A., Muthny, F.A.</i>	110
Mitarbeiterbefragungen als Instrument zur Messung des Erfolgs von QM-Maßnahmen <i>Asche-Matthey, B., Follert, P.</i>	111
Kostenminimierung durch Implementierung eines Reha-Managementkonzeptes der Verwaltungs-BG am Beispiel von Patienten mit Verletzungen der unteren Extremität <i>Lohsträter, A., Bak, P., Kropf, U., Müller, W.D.</i>	113
Teamentwicklung als Folge der Teamanalyse <i>Körner, M., Bengel, J.</i>	115
Therapeutencompliance in der verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation <i>Müller, C., Linden, M.</i>	116
Qualitätsmanagement 3	119
Strukturierter Qualitätsbericht für Rehabilitationskliniken - ein software-unterstütztes Konzept für Rehabilitationskliniken zur Erhebung und Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Daten zur medizinischen Rehabilitation <i>Müller-Fahrnow, W., Spyra, K., Rieger, J.</i>	119
Die Entwicklung von Strukturqualitätskriterien für die ambulante Rehabilitation <i>Dudeck, A., Farin, E., Jäckel, W.H., Beckmann, U., Berghaus, U.</i>	121
Internes Qualitätsmanagement - Umsetzung im Routinebetrieb der Rehabilitationsklinikgruppe der BfA - <i>Baron, P., Lindow, B., Lowien, S.</i>	123
Wie bewerten die Kliniken das QS-Reha-Verfahren der GKV? Ergebnisse aus einer Befragung zur Studienevaluation <i>Follert, P., Farin, E., Schorr, G., Kuhl, H.-C., Jäckel, W. H.</i>	124
Wirksamkeit des Rehabilitationsmanagements der Verwaltungs-BG bei Patienten mit distalen Radiusfrakturen - eine randomisierte, kontrollierte klinische Studie <i>Bak, P., Lohsträter, A., Müller, W.D., Smolenski, U.C.</i>	126
Qualitätsmanagement (Poster 6 - 9)	129
Erprobung eines indikatorenbasierten Screening-Systems als Weiterentwicklung im Peer-Review der gesetzlichen Unfallversicherung <i>Lukaszczik, M., Neuderth, S., Vogel, H., Swoboda, M., Weber-Falkensammer, H.</i>	129

Beurteilung externer Qualitätssicherung in Mutter-Kind-Einrichtungen aus Sicht der Projektteilnehmer <i>Meixner, K., Glattacker, M., Farin, E. Bengel, J., Jäckel, W.H.</i>	130
Strukturierte Qualitätsberichte für Rehabilitationskliniken <i>Rundel, M., Steinhauer, M., Meißner, W., Kohl, C.F.R., Nübling, R., Löschmann, C.</i> .	132
Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung in der Ambulanten Rehabilitation als Input für Internes Qualitätsmanagement <i>Schiffert, M., Meixner, K., Follert, P.</i>	134
Epidemiologie und Reha-Bedarf	137
Evaluation von PETRA - ein Modellverfahren zur Früherkennung von Reha-Bedarf bei Versicherten der LVA Schleswig-Holstein und Mitgliedern beteiligter Krankenkassen. Ergebnisse der 6 Monatskatamnese <i>Hüppe, A., Glaser-Möller, N., Raspe, H.</i>	137
Erschöpfung, Reha-Bedürftigkeit und Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei Personen, die einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt haben <i>Kobelt, A., Grosch, E.V., Ehlebracht-König, I., Wasmus, A., Krähling, M., Gutenbrunner, C.</i>	139
Warum treten Versicherte ein bewilligtes medizinisches Heilverfahren nicht an? <i>Kobelt, A., Wasmus, A., Grosch, E.V., Glatz, K.-H., Gutenbrunner, C.</i>	141
Frühberentete ohne Rehabilitation: Diagnosegruppen, individuelle Erwerbsverläufe und Alter als geschlechtsspezifische Erklärungsgrößen? <i>Dreyer-Tümmel, A., Langer, G., Zimmermann, M., Behrens, J.</i>	142
Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 51 SGB V - Arbeitsunfähigkeit vor und nach der medizinischen Rehabilitation <i>Kulick, B., Enge, D.</i>	144
Epidemiologie und Reha-Bedarf (Poster 10)	146
Einflüsse soziodemographischer Variablen auf vorzeitige Berentung <i>Kaluscha, R., Leitner, A., Jacobi, E.</i>	146
Reha-Bedarf und Begutachtung	149
Ein Vergleich der Einstellungen zur Rehabilitation von Akutärzten in Orthopädie und Kardiologie <i>Grande, G., Romppel, M.</i>	149
Kriterien des Rehabilitationsbedarfs: Ergebnisse zur sozialmedizinischen Begutachtung nach Aktenlage <i>Meng, K., Zdrahal-Urbaneck, J., Holderied, A., Vogel, H.</i>	150
Bedeutung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und der ICF für die Pharmakotherapie <i>Franke, W.</i>	152
Erfassung der Reintegrationsprognose im psychiatrischen Rentengutachten <i>Hesse, B., Gebauer, E.</i>	154
Jedem das Seine oder allen das Gleiche? Die biopsychosoziale Ausgangslage, die Wertigkeiten und die Erfüllung von Erwartungen sowie der Erfolg von stationären orthopädischen Reha-Patientinnen im Geschlechtervergleich <i>Büschel, C., Dibbelt, S., Greitemann, B.</i>	156

Gesundheitsökonomie/Reha-Ökonomie	159
Empirische Bewertungssätze in der gesundheitsökonomischen Evaluation: Ein Vorschlag der AG Reha-Ökonomie	
<i>Krauth, C., Hansmeier, T., Hessel, F., Seitz, R., Wasem, J., Schweikert, B.....</i>	<i>159</i>
Ökonomische Evaluation eines neuen multidisziplinären Gesundheitstrainings bei nierenkranken Patienten im Rahmen einer stationären Rehabilitation	
<i>Sabariego, C., Fritschka, E., Brach, M., Birkner, B., Mahlmeister, J., Liebscher-Steinecke, R., Ellgring, J.H., Stucki, G.</i>	<i>161</i>
Ökonomische Evaluation einer zusätzlichen psychologischen Behandlung in der Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen	
<i>Schweikert, B., Jacobi, E., Knab, J., Leidl, R.....</i>	<i>163</i>
Bildung ressourcenhomogener Patientengruppen in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen: Ergebnisse auf der Basis eines neu entwickelten Klassifikationssystems	
<i>Andreas, S., Dirmaier, J., Koch, U., Harfst, T., Kawski, S., Schulz, H.</i>	<i>165</i>
Indirekten Kosten bei einem strukturierten stationären Nachsorgekonzept für rheumatische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation	
<i>Jalilvand, N., Krauth, C., Bönisch, A., Ehlebracht-König, I.....</i>	<i>166</i>
Gesundheitsökonomie/Reha-Ökonomie (Poster 15 - 17).....	169
Entwicklung von Rehabilitationsbehandlungsgruppen für die Neurologie: Bericht über den Ergebnisstand 2004	
<i>Ranneberg, J., Neubauer, G.....</i>	<i>169</i>
Evaluation einer psychoedukativen sozialmedizinischen Therapieeinheit für chronische Schmerzpatienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation	
<i>Bischoff, C., Schultze, H., v. Pein, A., Limbacher, K.....</i>	<i>171</i>
Fehler bei der Blutdruckselbstmessung	
<i>Patyna, W.D., Börsch, B., Mitrovic, V.</i>	<i>173</i>
Leitlinien in der Rehabilitation	175
Interdisziplinäre Leitlinie zur stationären Rehabilitation von Mammakarzinom-Patientinnen	
<i>Weis, J., Domann, U., Bartsch, H.H.</i>	<i>175</i>
Reha-Leitlinien Diabetes. Assessment – Reha-Prozess – Nachsorge	
<i>Schwaab, U. , Raspe, H.</i>	<i>177</i>
Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation bei Rückenschmerzpatienten - Ergebnisse einer Panelbefragung	
<i>Gülich, M., Klein, K., Brüggemann, S., Klosterhuis, H., Jäckel, W.H.....</i>	<i>178</i>
Prävention, Betriebliche Gesundheitsförderung.....	181
Betriebliches Eingliederungsmanagement gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX - eine Herausforderung für Sozialversicherer und Leistungserbringer	
<i>Mehrhoff, F.</i>	<i>181</i>
Interventionsprogramm für präventive Maßnahmen bei Beschäftigten mit Rückenschmerzen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	
<i>Giese, R.....</i>	<i>181</i>
Arbeitsplatzanalyse der Briefzustellung per Fahrrad bei der Deutschen Post AG	
<i>Wilke, C., Froböse, I., Tautz, A., Alles, T., Czarny, M., Nellessen, G.</i>	<i>183</i>
Berufliche Gratifikationskrisen als Prädiktor der Arbeitsunfähigkeitszeiten	
<i>Dietsche, S., Morfeld, M., Bürger, W., Koch, U.....</i>	<i>185</i>

„Gesundheitsförderung und Stressmanagement am Arbeitsplatz“ - Ein psychologisches Gesundheitsseminar für Beschäftigte in der Pflege mit Verdacht auf berufsbedingte Hauterkrankungen <i>Zeh, A.</i>	187
Gesundheitsbildung/Patientenschulung	189
Internetschulungszentrum: Einsatz moderner Medien zur Förderung der Nachhaltigkeit und der Ergebnisqualität <i>Samani, P., Haug, G., Holme, M., Kleinke, I., Riedel, T., Dahnz, E., Warner, N.</i>	189
Formative Evaluation eines europäischen Schulungsprogramms für Morbus Parkinson (EU-Projekt EduPark) <i>Gerlich, C., Macht, M., Ellgring, H., EduPark-Konsortium</i>	190
Evaluation der Fibromyalgie-Schulung - Erste Ergebnisse <i>Brückle, W., Ehlebracht-König, I., Bornmann, M., Hinüber, v. S., Riekenberg, C., Karagülle, O., Gutenbrunner, C.</i>	191
Krankheitsbezogenes Interesse und Schulungsbedürfnis bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz <i>Neuderth, S., Wilkening, S., Richard, M., Schowalter, M., Steinbüchel, T., Störk, S., Angermann, C., Faller, H.</i>	193
Prädiktoren der Motivation zu Gesundheitsverhalten und Effekte von Gesundheitsbildung <i>Reusch, A., Ströbl, V., Faller, H., Ellgring, H.</i>	195
Reha-Motivation - neue Ansatzpunkte zur Erfassung und zum Verständnis des Reha-Outcome	198
Weiterentwicklung und psychometrische Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23 <i>Schulz, H., Lang, K., Jürgensen, R., Rüdell, H., Koch, U., Nübling, R.</i>	198
Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation. Erste Ergebnisse der Kurzversion des FREM-17: FREM-8. <i>Deck, R.</i>	199
Entwicklung eines Diagnostikinstrumentes für Arbeitsmotivation (DIAMO) in der medizinischen Rehabilitation <i>Fiedler, R.G., Ranft, A., Greitemann, B., Heuft, G.</i>	201
Leistungsmotivation als Teilaspekt der Reha-Motivation und Einflussgröße auf den Reha-Erfolg – neue Skalen und empirische Ergebnisse <i>Muthny, F.A., Fiedler, R., Wiedebusch, S.</i>	203
Standardisierte Erfassung der Rehabilitationsmotivation mit dem PAREMO - Multi-gruppenvergleich der Motivationsstruktur in unterschiedlichen Indikationsgruppen <i>Kriz, D., Wirtz, M., Herwig, J., Töns, N., Bengel, J., Nübling, R.</i>	205
Reha-Recht	207
Leistungserbringung in Form trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 6 SGB IX <i>Druckenmüller, A.</i>	207
Die Unterhaltssicherung während einer Stufenweisen Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX) nach Aussteuerung – Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe? (Die Stufenweise Wiedereingliederung als Grenzfall zwischen medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) <i>Schian, M., Dalitz, S.</i>	208

Sozialgesetzgebung als lernender Prozess: Evaluation und Novellierung des SGB IX, Teil 1	
<i>Schütte, W.</i>	210
Schwerbehindertenvertretung und Rehabilitationsträger - ein wichtiges Kooperationsverhältnis	
<i>Kohte, W., Pick, D.</i>	211
Teilhabe vor Kündigung - Anforderungen an Rehabilitationsträger im betrieblichen Eingliederungsmanagement	
<i>Masuch, P.</i>	213
Methodik rehabilitationswissenschaftlicher Forschung	216
Ersetzung von fehlenden Werten mit Multipler Imputation an einem empirischen Datensatz	
<i>Igl, W.</i>	216
Einsatz der Latent Class Analyse zur Identifikation typischer Zielprofile von Patienten in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation	
<i>Wirtz, M., Kuhl, H.-C., Bengel, J., Gerdes, N.</i>	217
Vorhersage vorzeitiger Berentung nach stationärer Rehabilitation wegen Adipositas - ein Prognosemodell basierend auf Routinedaten der Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg	
<i>Muche, R., Moßhammer, D., Ring, C., Kaluscha, R.</i>	219
Ist die subjektive Erfolgsbewertung der Rehabilitation ein valides Maß für die Ergebnisevaluation von Rehabilitationsmaßnahmen?	
<i>Muraitis, A., Hansmeier, T., Müller-Fahrnow, W., Dohnke, B.</i>	221
Rehabilitation im Gesundheitssystem (Poster 14)	224
Rehabilitation und Diagnosis Related Groups (ReDia-Studie) - Auswirkungen der Einführung der DRGs im Akutbereich auf die medizinische Rehabilitation	
<i>Klemann, A., Eiff, W. von, Middendorf, C.</i>	224
Berufliche Rehabilitation	227
Curriculare Innovationen als Voraussetzung besserer Arbeitsmarktchancen von Rehabilitanden - Erträge aus dem Hamburger Projekt „KEM“	
<i>Tramm, T., Wicher, K.</i>	227
Evaluation des Modellprojekts "Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie (IBRA)" - Anlage und erste Ergebnisse	
<i>Faßmann, H., Schmidt, T., Staab, E.</i>	230
Respondergruppen in der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker	
<i>Watzke, S., Galvao, A., Gawlik, B., Hühne, M., Brieger, P.</i>	232
"Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)" - Ergebnisse einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	
<i>Faßmann, H.</i>	233
Trotz schwieriger Rahmenbedingungen: 62 % der Absolventinnen und Absolventen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke bundesweit wiedereingegliedert - Ergebnisse der Zwei-Jahres-Nachbefragung 2003	
<i>Beiderwieden, K.</i>	236

Berufliche Rehabilitation (Poster 18 - 19)	240
Maßnahmen der ambulanten und stationären beruflichen Rehabilitation - Evaluationsdesign und Teilnehmerheterogenität	
<i>Neupert, B., Fehr, M., Patzelt, C., Slesina, W.</i>	240
Diagnostik von Arbeitsmotivation in der beruflichen Rehabilitation: Konstruktion und Überprüfung neuer Skalen	
<i>Schubmann, C., Fiedler, R.G., Heuft, G., Greitemann, B.</i>	241
Berufsorientierte medizinische Rehabilitation 1	244
Effekte einer berufsbezogenen Therapiegruppe in der stationären psychosomatischen Rehabilitation 3 Monate nach Entlassung: Ergebnisse einer kontrollierten Evaluationsstudie	
<i>Koch, S., Hillert, A., Cuntz, U.</i>	244
Effekte einer intensivierten berufsbezogenen kardiologischen Rehabilitation – erste Ergebnisse einer kontrollierten Evaluationsstudie	
<i>Kittel, J., Gödecker-Geenen, N., Karoff, M.</i>	246
Ist die ASR - arbeitsplatzspezifische Rehabilitation - effektiv?	
<i>Tiling, T., Nguyen, B.</i>	248
Zeitliche Verläufe der beruflichen Wiedereingliederung bei neurologischen Patienten	
<i>Claros-Salinas, D., Greitemann, G.</i>	249
Arbeitsbezug als Aufgabe der medizinischen Rehabilitation im Spiegel der KTL	
<i>Irlé, H., Somhammer, B., Klosterhuis, H.</i>	251
Berufsorientierte medizinische Rehabilitation 2	254
Anforderungs- und Fähigkeitsprofile in der medizinischen Rehabilitation bei degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen	
<i>Fehr, M., Slesina, W.</i>	254
Aktivitäts- und teilhabebezogene Effekte der medizinisch beruflichen Orientierung in der MSK-Rehabilitation – Ergebnisse einer randomisierten Follow-up-Studie	
<i>Streibelt, M., Dohnke, B., Rybicki, T. Müller-Fahrnow, W.</i>	256
Ergebnisorientierte Optimierung der Rehabilitationskonzepte bei berufstätigen Patienten mit rezidivierenden Rückenschmerzen - eine kontrollierte klinische Studie	
<i>Müller, W.D., Bak, P., Maier, V., Lohsträter, A., Smolenski, U.C.</i>	258
Wie werden Empfehlungen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zu prüfen, gehandhabt? Ein Vergleich zwischen den Indikationsbereichen Psychosomatik und Orthopädie/Innere.	
<i>Kobelt, A., Grosch, E.V., Gutenbrunner, C.</i>	260
Ergebnisevaluation der medizinisch-beruflich orientierten (MBO) Rehabilitation von MSK-Patienten	
<i>Müller-Fahrnow, W., Knörzer, J., Muraitis, A., Möllmann, C., Streibelt, M. Hansmeier, T.</i>	262
Berufsorientierte Rehabilitation für Erkrankungen der Bewegungsorgane	264
Orientierender Überblick über Strukturen, Inhalte, erste Studienergebnisse zur medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation für orthopädische Rehabilitanden	
<i>Knörzer, J., Presl, R., Stern, H., Müller-Fahrnow, W., Hansmeier, Th. Landau, K., Brauchler, R., Sinn-Behrendt, A., Bopp, V.</i>	264
Verlauf der Berufsplanung für Patienten mit Erkrankungen der Bewegungsorgane nach berufsorientierter medizinischer Rehabilitation	
<i>Roth, S., Ehlebracht-König, I., Bönisch, A., Hirschler, G., Thiel, M., Mau, W.</i>	266

Barrieren bei der Umsetzung berufsorientierter Rehabilitationskonzepte <i>Josenhans, J., Arlt, A.C., von Bodman, J., Hartmann, B., Weiler, S.</i>	268
Orthopädische Rehabilitation 1	271
Ein strukturiertes stationäres Nachsorgekonzept für rheumatische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation - Ergebniswirksamkeit im 1-Jahres-Verlauf <i>Bönisch, A., Ehlebracht-König, I.</i>	271
Kann orthopädische Rehabilitation die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit verbessern? <i>Theissing, J., Lepthin, H.J., Raspe, H., Mittag, O.</i>	273
Kraft oder Sensomotorik in der Rehabilitation nach lumbaler Nukleotomie - eine ran- domisierte kontrollierte klinische Studie <i>Bak, P., Müller, W.D., Liebing, T., Smolenski, U.C.</i>	275
Fünf-Jahres-Verlauf der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität im SF-36 nach am- bulanter orthopädischer Rehabilitation <i>Beck, L., Busche, T., Mau, W.</i>	276
Outcome dreier ambulanter Therapieformen zur Behandlung chronischer Rücken- schmerzen - Ergebnisse der multizentrischen START-Studie <i>Gülich, M., Kainz, B., Jäckel, W.H.</i>	278
Die Problematik der Teilbelastungsüberschreitung in der orthopädisch- traumatologischen Rehabilitation – Ursachen und Abhilfemöglichkeiten <i>Jöllnbeck, T., Schönle, C.</i>	280
Orthopädische Rehabilitation 2	282
Differentielle Therapieeffekte bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen – Vergleichende Evaluation einer herkömmlichen und einer medizinisch-beruflich ori- entierten (MBO-) orthopädischen Rehabilitation <i>Möllmann, C., Dohnke, B., Müller-Fahrnow, W.</i>	282
Kontrollwahrnehmung, Krankheitsbewältigung und Wohlbefinden: Welche Ressour- cen vermitteln positive Effekte des multimodalen Therapieprogramms "Rückenfit" für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen? <i>Dibbelt, S., Büschel, C., Greitemann, B.</i>	284
Medizinische und/oder berufliche Rehabilitation? Zuweisung und Wahl der „richti- gen“ Rehabilitation für Patienten mit chronisch behindernden Rückenschmerzen im internationalen Vergleich <i>Zimmermann, M.</i>	285
Ergebnisse des „Lübecker Algorithmus“ für chronische schwere Rückenschmerzen aus drei verschiedenen Surveys: Ein Beitrag zur Diskussion der konkurrierenden und Kriteriumsvalidität des Konzepts <i>Mittag, O., Ekkernkamp, M., Raspe, A., Matthis, C., Héon-Klin, V., Raspe, H.</i>	287
Evaluation einer stationären Rückenschmerzrehabilitation mit der Posturographie <i>Schwesig, R., Schimani, R., Wentzel, K., Hottenrott, K.</i>	289
Orthopädische Rehabilitation 3	291
Peri- und postoperative Aspekte der Patienten-Schulung bei Hüft-TEP-Implantation <i>Peters, K.M., Schebben, J.</i>	291
Was stärkt die Selbstwirksamkeitserwartungen im Rehabilitationsprozess bei Patien- ten mit Knie- und Hüftgelenkersatz? <i>Dohnke, B., Hähnel, H., Müller-Fahrnow, W.</i>	292

Behandlungspfade nach Hüft-Totalendoprothesen - Eine Internationale Befragung zur Organisation und Struktur des Behandlungsverlaufs <i>Klein, K., Gerdes, N., Jäckel, W.H.</i>	294
Schlechte Reha-Ergebnisse bei hohem Schweregrad? Eine Untersuchung bei Hüft-TEP-Rehabilitanden <i>Peters, A., Müller-Fahrnow, W., Dohnke, B.</i>	295
Analyse bewegungstherapeutischer Interventionsformen bei Patienten nach hüftendoprothetischer Versorgung <i>Vogt, L., Brettmann, K., Banzer, W., Galm, R.,</i>	297
Orthopädische Rehabilitation (Poster 20 - 28)	299
Aktivität und Lebensqualität bei Patienten mit Verletzungen der unteren Extremitäten nach der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) <i>Bak, P., Müller, W.D., Kropf, U., Lohsträter, A., Smolenski, U.C.</i>	299
Gemeinschaftliche Krankheitsbewältigung - Welchen Beitrag leisten die Gesprächskreise der Rheuma-Liga zur Reha-Nachsorge? <i>Borgetto, B.</i>	301
Verängstigung aufgrund von Verhaltensempfehlungen nach Gelenkersatz: Risikofaktoren für den Rehabilitationsprozess? <i>Dohnke, B., Hähnel, H., Müller-Fahrnow, W.</i>	302
Langzeitbetrachtung von Patienten mit Spondylitis ankylosans nach (wiederholter) Radonstollentherapie im Rahmen der stationären Rehabilitation - 12-Jahres-Follow-up einer kontrollierten prospektiven Studie - <i>Lind-Albrecht, G., Rotheimer-Hering, S.</i>	304
Medizinische Rehabilitation bei rheumatoider Arthritis: Erfahrungen und Ergebnisse des Rekrutierungs- und Screeningverfahrens <i>Schlademann, S., Hüppe, A., Raspe, H.H.</i>	306
Leitlinie zur „Medizinischen Rehabilitation von Patientinnen und Patienten im erwerbsfähigen Alter nach lumbaler Bandscheibenoperation“ <i>Schnabel, M., Fischer, J., Sewtz, S.</i>	308
Was ist für wen realistisch? Zur therapiezielorientierten Erfolgsmessung in der Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz <i>Schreiber, B., Bandemer-Greulich, U., Bahrke, U., Müller, K., Fikentscher, E.</i>	310
Parametrisierung der Sturzgefahr bei Osteoporosepatienten <i>Schwesig, R., Brandt, J., Hottenrott, K.</i>	311
Volitionspsychologische Förderung sportlicher Aktivität von Rückenschmerz-Patienten in der medizinischen Rehabilitation <i>Sudeck, G., Höner, O., Willimczik, K.</i>	313
Kardiologische Rehabilitation 1	316
Multizentrische Outcome-Evaluation des Lipidmanagements in der kardiologischen Rehabilitation - erhebliche Verbesserungen in der letzten Dekade <i>Müller-Fahrnow, W., Nowossadeck, E., Dohnke, B., Held, K., Karoff, M.</i>	316
Wie beeinflusst eine postoperative Anämie nach herzchirurgischem Eingriff das Rehabilitationsergebnis? <i>Montanus, H., Montanus, U., Hasemann, J., Huth, C.</i>	317
Psychosoziale und physische Prädiktoren der Rückkehr in den Beruf nach erstem Herzinfarkt. Ergebnisse einer prospektiven Follow-up-Studie 18 Monate nach stationärer Anschlussheilbehandlung <i>Härtel, U., Gehring, J., Ruf, E., Klein, G.</i>	319

Zur Vorhersage der Rückkehr zur Arbeit nach stationärer kardiologischer Rehabilitation <i>Dörner, U., Muthny, F.A.</i>	321
Psychotherapeutische Behandlung depressiver Störungen in der kardiologischen Rehabilitation - PROTeCD (Psychotherapeutic Resource-Orientated Treatment for Cardiac Patients with Depression) <i>Barth, J., Paul, J., Härter, M., Bengel, J.</i>	322
Kardiologische Rehabilitation 2	325
Hat die Rehabilitation eine nachweisbare Wirkung auf die Nachhaltigkeit der Sekundärprävention? <i>Müller-Fahrnow, W., Nowossadeck, E., Held, K., Karoff, M.</i>	325
Der Einfluss einer intensivierten Reha-Nachsorge nach AHB bei koronarer Herzkrankheit auf Fragen zur Alltagsbewältigung und gesundheitlicher Selbsteinschätzung - Ergebnisse der INKA-Studie <i>Hahmann, H.W., Wüsten, B., Nuß, B., Muche, R., Rothenbacher, D., Brenner, H.</i>	327
Telefonische Nachsorge bei KoronarpatientInnen: Ergebnisse der Lübecker Nachsorgestudie <i>China, C., Mittag, O., Hoberg, E., Jürs, E., Kolenda, K.D., Richardt, G., Raspe, H.</i>	328
Bewegungstherapeutische Sekundärprävention nach Koronareignis im Einjahresverlauf - Ergebnisse der CARDIS-Studie <i>Nowossadeck, E., Karoff, M., Müller-Fahrnow, W.</i>	330
Ein neues Motivationsprogramm zur Lebensstiländerung im perioperativen Zeitraum der Herzbypassoperation – eine empirische Überprüfung <i>Krannich, J.H., Weyers, P., Lueger, S., Schimmer, C., Faller, H., Deeg, P., Elert, O.</i>	332
Kardiologische Rehabilitation (Poster 29 - 31)	334
Sechsmonatiges kontrolliertes Teletraining in der Phase III der kardiologischen Rehabilitation verbessert die Belastbarkeit, die Motivation und die Compliance auch nach einem Jahr <i>Gerling, J., Haase, I.</i>	334
Welche externalen Bedingungsfaktoren beeinflussen die Herzgruppenteilnahme? <i>Nowossadeck, E., Dohnke, B., Held, K., Karoff, M., Müller-Fahrnow, W.</i>	335
Aktivitätsmessung als Parameter für den Rehabilitationserfolg? <i>Stilgenbauer, F., Brancheau, D., Liu, Y., Weichenberger, M., Skodkin, I., Hahmann, H., Imhof, A., König, W., Steinacker, J.M.</i>	337
Neurologische Rehabilitation 1	339
Ergebnismessung in der neurologischen Rehabilitation - Ergebnisse der kurzfristigen Outcomemessung zum Ende der Rehabilitation aus Patientensicht <i>Klein, K., Farin, E., Jäckel, W.H.</i>	339
„Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation“ (SINGER): Entwicklung und Validierung eines neuen Assessment-Instruments <i>Gerdes, N., Funke, U.N., Claus, B., Schüwer, U., Themann, P.</i>	341
Untersuchungen zum Fahrverhalten und der Bedeutung der Fahreignungsdiagnostik bei neurologischen Patienten <i>Küther, G., Oehlsen, K., Gehrke, A.</i>	343
Optimierung der neurologischen Rehabilitation unter Berücksichtigung physischer, psychischer und sozialer Aspekte <i>Hamel, M., Franz, U., Seelbach, H.</i>	345

Rehabilitation psychischer Störungen: Innovative Impulse aus den Neurowissenschaften? <i>Ballmaier, M., Schmidt, R.</i>	346
Neurologische Rehabilitation 2	348
DEGAS - Deutsche Gangtrainer Studie - Wirksamkeit der Lokomotionstherapie auf einem Gangtrainer <i>Hölig, G., Pohl, M., Werner, C., Holzgraefe, M., Kroczeck, G., Mehrholz, J., Wingendorf, I., Hesse, S.</i>	348
Determinanten des Heilmittelbedarfs in der ambulanten neurologischen Therapie und Rehabilitation <i>Küther, G., Rottmann, R., Künsebeck, H.W.</i>	350
Evaluation eines Netzwerkes ambulanter neurologischer Rehabilitation und Nachsorge für Schädel-Hirn-traumatisierte Kinder und Jugendliche <i>Petersen, C., Kruithoff, E., Koch, U.</i>	351
Psychische Befindlichkeit bei Partnern von Patienten mit akuter Hirnschädigung im ersten Jahr nach der Verletzung <i>Balck, F., Dinkel, A.</i>	353
Rehabilitationsbedarf nach epilepsiechirurgischem Eingriff <i>Hammen, A., Wohlfarth, R., Quiske, A., Leonhart, R.</i>	355
Neurologische Rehabilitation (Poster 32 - 38)	358
Vigilanz bei neurologischen Erkrankungen vor und nach Therapie <i>Büttner, A., Latarnik, S., Rode, S., Remer, H., Seiffert, L., Bennefeld, H.</i>	358
Die neurogene Blasenentleerungsstörung bei Multipler Sklerose-Häufigkeit, soziale Relevanz und Konsequenzen für die Rehabilitation von MS-Betroffenen <i>Lehrieder, G.</i>	360
Sporttherapie bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) - Evaluation eines sporttherapeutischen Interventionsprogrammes <i>Piefke, Th.</i>	361
Beeinträchtigungen in Lebensqualität und Gesundheitszustand bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten <i>Schlote, A., Bölsche, F., Krüger, J., Topp, H., Richter, M., Wallesch, C.-W.</i>	362
Therapieeffekte eines computergestützten Teletrainingsystems in der Aphasietherapie <i>Schupp, W., Seewald, B., Lederhofer, C., Haase, I.</i>	364
Evaluierung psychosomatischer Belastungsfaktoren als Grundlage ressourcenorientierter Rehabilitation am Modell der Behandlung von Patienten mit kompensiertem und dekompenziertem Tinnitus <i>Stobik, C., Müllender, J., Weber, R.K., Münte, T.F., Frommer, J.</i>	366
Online-Therapie der kortikalen Blindheit – ein neuropsychologisches Verfahren der Tele-Rehabilitation <i>Tegenthoff, M., Pleger, B., Schmitz, J., Widdig, W.</i>	368
Onkologische Rehabilitation 1	370
Welche Brustkrebspatientinnen nehmen eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch? <i>Bartel, C., Pritzkeleit, R., Waldmann, A., Templin, B., Katalinic, A., Raspe, H.</i>	370

Bestehen aufgrund des Herkunftslandes Unterschiede in der Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen? - Eine Analyse von LVA-Patientinnen <i>Hartmann, U., Ring, C., Kaluscha, R., Reuss-Borst, M.</i>	371
Evaluation neuropsychologischer Trainingsprogramme in der onkologischen Rehabilitation: Ergebnisse des Forschungsprojekts ENTOR <i>Poppelreuter, M., Weis, J., Mumm, A., Bartsch, H.H.</i>	373
Psychische Komorbidität, Inanspruchnahme und Information über psychosoziale Interventionsangebote bei einer repräsentativen Stichprobe von Brustkrebspatientinnen <i>Mehnert, A., Koch, U.</i>	374
Studie über das subjektive Rehabilitationsbedürfnis von Patientinnen mit Mamma-Carcinom <i>Hamann, T., Hübner, J., Neises, M., Gutenbrunner, C.</i>	376
Onkologische Rehabilitation 2	378
Ergebnisqualität in der stationären onkologischen Rehabilitation unter Berücksichtigung generischer und krankheitsspezifischer Assessmentinstrumente <i>Glattacker, M., Farin, E., Jäckel, W.H.</i>	378
Prädiktoren für die Effektivität eines psychologischen Schlaftrainings für onkologische Patienten während der stationären Rehabilitation <i>Simeit, R., Deck, R.</i>	380
Evaluation eines stationären Rehabilitationsprogramm nach allogener Stammzelltransplantation (Forschungsprojekt SANAS) <i>Auclair, P., Weis, J., Mumm, A., Bartsch, H.H.</i>	382
Effekte ambulanter onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen - Ergebnisse direkter und indirekter Veränderungsmessung <i>Lehmann, C., Bergelt, C., Hagen-Aukamp, C., Berger, D., Koch, U.</i>	383
Individuelle berufliche Perspektiven und psychische Belastung potentiell erwerbsfähiger Rehabilitanden – eine multizentrische Vergleichsstudie spezifischer und nicht-spezifischer psychoonkologischer Rehabilitationsangebote <i>Müller, D., Mehnert, A., Gärtner, U., Schuler, O., Leibbrand, B., Barth, J., Berger, D., Koch, U.</i>	385
Onkologische Rehabilitation 3	388
Wann nehmen Patienten mit einem Prostatakarzinom medizinische Rehabilitation in Anspruch? <i>Bartel, C., Pritzkeleit, R., Waldmann, A., Templin, B., Katalinic, A., Raspe, R.</i>	388
Auswirkung unterschiedlicher operativer Verfahren zur totalen Laryngektomie auf die postoperative stimmliche Rehabilitation <i>Borghardt, J., Kahmann, B., Pfaffenroth, V., Gutenbrunner, C.</i>	389
Stimme und Stimmung nach Laryngektomie - eine Zusammenhangsanalyse <i>Herrmann, E., Täschner, R.</i>	391
Rauchverhalten nach Laryngektomie: Ergebnisse einer Längsschnittstudie <i>Meyer, A., Singer, S., Oeken, J., Klemm, E., Herrmann, E., Wollbrück, D.</i>	393
Patientenkompetenz in der Rehabilitation: Entwicklung eines Fragebogens für onkologische Patienten <i>Giesler, J.M., Weis, J.</i>	394

Onkologische Rehabilitation (Poster 39 - 40)	396
Gründe für die (Nicht-)Inanspruchnahme einer stationären onkologischen Rehabilitationsmaßnahme aus Sicht von Patienten und ihren Partnern <i>Bergelt, C., Lehmann, C., Welk, H., Koch, U.</i>	396
Identifikation psychischer Belastungen von Patientinnen und Patienten in der onkologischen Rehabilitation mittels Distress-Thermometer <i>Müller, D., Mehnert, A., Koch, U.</i>	397
Pneumologische Rehabilitation	400
Follow-up-Ergebnisse eines Programms zur Tabakentwöhnung in stationärer pneumologischer Rehabilitation <i>Remmert, R., Schwiersch, M., González Guilá, N., Schultz, K.</i>	400
Welche Rolle spielen Wissen, Motivation und Grad der Nikotinabhängigkeit für den Behandlungserfolg bei einem obligatorischen Raucherentwöhnungstraining in der Rehabilitation von Atemwegserkrankungen? <i>Heft-Wippermann, K., Worrigen, U.</i>	401
Darstellung von unterschiedlichen Intensitäten von Intervalltraining in der Rehabilitation von schweren Atemwegserkrankungen <i>Pleyer, K., Lenz, S., Lachtermann, E., Jung, K.</i>	403
Differenzielle Effekte der Bewegungstherapie am Beispiel chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen <i>Hahn, C.</i>	404
Die Ermittlung von Reha-Bedarf bei der chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankung (COPD): Konzeptvalidierung des „Lübecker Algorithmus“ <i>Mittag, O., Ekkernkamp, M., Raspe, A., Matthis, C., Raspe, H.</i>	406
Rehabilitation bei Diabetes mellitus	408
Schulungs- und Informationsmaterial für türkische Diabetiker - Bewertungskriterien <i>Demirtas, A., Schaffner, O.</i>	408
Diabetes und Migranten: Sozialstatus, klinische Aspekte und Reha-Erfolg <i>Rosemeyer, D., Jolivet, B.</i>	409
Effectiveness einer multifaktoriellen rehabilitativen Intervention bei Diabetes mellitus und Metabolischem Syndrom <i>Marxsen, A., Raspe, H.H., Peters, A.</i>	411
Wie effektiv und nachhaltig ist ein strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit Diabetes mellitus während der stationären Rehabilitation? <i>Hasemann, J., Montanus, H., Montanus, U., Diesner, A., Vogt, K.</i>	413
Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen 1	415
Profil Psychotherapeutischer Zielsetzungen: Erste Anwendung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation <i>Dirmaier, J., Harfst, T., Koch, U., Schulz, H.</i>	415
Akzeptanz eines psychometrischen Routinediagnostik- und Qualitätsmonitoringsystems bei Psychotherapeuten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation <i>Gönner, S., Bischoff, C.</i>	417
Diagnostik und Therapie von Progredienzangst (PA): Stand und Perspektiven <i>Engst-Hastreiter, U., Duran, G., Henrich, G., Waadt, S., Berg, P., Herschbach, P.</i>	418

„Patientenexpertise“ und „Behandlungstransfer“: Wirksamkeitsindikatoren stationärer Verhaltenstherapie bei depressiven Erkrankungen in der Psychosomatik <i>Stapel, M., Zielke, M.</i>	421
Zur Überlegenheit von Selbstregulation über Selbstkontrolle in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Forstmeier, S., Rüdgel, H.</i>	423
Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen 2	425
Psychische und psychosomatische Reaktionen von Soldaten/innen der Bundeswehr auf lebensbedrohliche Erfahrungen bei Auslandseinsätzen. Evaluation eines psychosomatischen Rehabilitationsprogramms. Ergebnisse aus Interviews <i>Schürgers, G., Schubmann, R., Schieweck, R., Siepmann, K., Schmidt, K.H., Neuderth, S., Wothe, K., Vogel, H.</i>	425
Störungsspezifische Gruppentherapie für Gynäkologische Psychosomatik im stationären Bereich <i>Hagmann, G., Schefers-Wenning, M., Maatz, E., Rundel, M.</i>	427
Bulimia nervosa und Bewegungstherapie - Evaluation einer stationären Körpertherapie <i>Alexandridis, K., Schüle, K.</i>	429
Die Prädiktion der misslingenden Anpassung an den Tinnitus - Ergebnisse der Hannover Tinnitus-Verlaufsstudie <i>Jäger, B., Malewski, P., Bock, K., Lamprecht, F.</i>	431
Die Identifikation des dekompenzierten Tinnitus durch Receiver-Operating-Characteristics. Methodische Kritik und das Validitätsproblem des Dekompenzierten Tinnitus <i>Malewski, P., Jäger, B., Matschke, G., Lamprecht, F.</i>	432
Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen 3	435
Häufigkeit und Veränderungen der Arzneimitteleinnahme bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Zielke, M., Carls, W.</i>	435
Evidenz stationärer psychosomatischer Rehabilitation - Ergebnisse der MESTA-Studie <i>Löschmann, C., Steffanowski, A., Schmidt, J., Wittmann, W.W., Nübling, R.</i>	438
Experimentelle Überprüfung der Effektivität einer differentiellen Indikationsstellung zu psychodynamischer oder verhaltenstherapeutischer Psychotherapie: Eine randomisiert-kontrollierte Studie unter klinisch repräsentativen Bedingungen <i>Watzke, B., Rüdgel, H., Jürgensen, R., Grothgar, B., Koch, U., Schulz, H.</i>	440
Psychopharmakotherapie in der Rehabilitation von Chronischen Schmerzkrankungen <i>Olbrich, D.</i>	442
Sozialmedizinische Realität nach einer stufenweisen Wiedereingliederung bei Patienten mit komplexen psychischen und psychosomatischen Störungen <i>Rüdgel, H., Anton, E., Meures, A., Schützeichel, I., Jürgensen, R.</i>	443
Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen 4	445
Zusammenhang der Arbeitsunfähigkeit vor Therapiebeginn mit Störungsgrad und Therapieerfolg bei stationärer psychosomatischer Rehabilitation <i>Schmitz-Buhl, St.M., Kriebel, R., Paar, G.H.</i>	445

Berufliche und private Belastungskonstellationen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus pflegenden und sozialen Berufen Integration eines berufsbezogenen Behandlungsprogramms in die psychosomatische Rehabilitation <i>Schürgers, G., Greve, A., Zeichner, D.</i>	447
Berufliches Bewältigungsverhalten bei Rehabilitanden - Erprobung des psychodiagnostischen Verfahrens AVEM im Bereich der Rehabilitation <i>Heitzmann, B., Olbrich, D.</i>	449
Wie eng ist der Arbeitsmarkt für psychosomatische Patienten? Ein Zeitreihenvergleich parallelisierter Kontrollgruppen von zwei kontrollierten Längsschnittstudien 1999-2003 <i>Hillert, A., Koch, S., Staedtke, D., Cuntz, U.</i>	451
Behandlungsintegrität einer tiefenpsychologischen Gruppentherapie für beruflich belastete Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation - Videogestützte Analyse der Interventionen <i>Schattenburg, L., Knickenberg, R.J., Krug, B., Mund, S., Beutel, M.E.; Zwerenz, R.</i> ...	453

Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen (Poster 41 - 49)	456
Psychischer Status dermatologischer Patienten und dessen Veränderung in der Rehabilitation <i>Bauernschmitt, K., Gass, S., Schwiersch M., Gonzalez, N., Schultz, K.</i>	456
Zur Bedeutung von Selbsthilfegruppen im Krankheitsverlauf von Patienten psychosomatischer Kliniken <i>Meyer, F., Höflich, A., Matzat, J., Beutel, M.E.</i>	457
Erschöpfung und Behandlungserfolg in der stationären Rehabilitation: Förderliche Effekte von Ausdauersport <i>Mussgay, L., Rüdgel, H.</i>	459
Körperliche Aktivität und Sport bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas - Veränderungen der koordinativen und konditionellen Fähigkeiten im Verlauf einer stationären Rehabilitationsmaßnahme <i>Oestreich, D., Gruber, W., Wingart, S., Paul, K.</i>	460
Veränderungsbereitschaft hinsichtlich psychischer Belastung bei Patienten der medizinischen Rehabilitation <i>Paul, J., Barth, J.</i>	462
Der Zusammenhang leichter kognitiver Einbußen und der subjektiven beruflichen Leistungsfähigkeit bei 50- bis 59-jährigen Patienten in stationärer psychosomatischer Rehabilitation <i>Wagner, S., Kaschel, R., Paulsen, S., Knickenberg, R., Bleichner, F., Beutel, M.E.</i> ...	464
Raucherentwöhnung bei alkoholabhängigen Patienten: Ein Paradigmenwechsel kündigt sich an <i>Wallroth, M., Schneider, B., Buschmann, H.C.</i>	465
Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik <i>Zielke, M., Borgart, E.J., Carls, W., Herder, F., Lebenhagen, J., Leidig, S., Limbacher, K., Meermann, R., Reschenberg, I., Schwickerath, J.</i>	467
Behandlungsdauer und Ergebnisqualität in der stationären Psychosomatik: Ergebnisse langfristiger Prozessanalysen <i>Zielke, M., Wittmann, W.W., Stapel, M.</i>	469

Evaluation in der psychosomatischen Rehabilitation	472
Effektivität und Effizienz der stationären Behandlung psychisch Kranker - Vergleich zwischen den Versorgungssektoren Rehabilitation und Akutpsychosomatik <i>Nübling, R., Löschmann, C., Steffanowski, A., Wittmann, W.W.</i>	472
Patienten- und Angehörigenschulung bei Neurodermitis: Ergebnisse der ½-Jahreskatamnese des prospektiven multizentrischen Modellvorhabens zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit atopischem Ekzem <i>Schmid-Ott, G., Werfel, T., Gieler, U., Kupfer, J. und German randomized intervention multicenter study (GRIMS) group</i>	475
Allgemeine und störungsspezifische Effektivität psychosomatischer Rehabilitation - Ergebnisse einer multizentrischen Studie <i>Steffanowski, A., Löschmann, C., Wittmann, W.W., Schmidt, J., Nübling, R.</i>	476
Ambulante psychosomatische Nachsorge nach dem Curriculum Hannover. Die Fünfjahreskatamnese <i>Kobelt, A., Grosch, E., Schmid-Ott, G., Künsebeck, H.W., Hentschel, J., Lamprecht, F.</i>	479
Rehabilitation schizophrener und schizoaffektiver Psychosen in der psychosomatischen Klinik: Eine stationäre Verlaufsstudie <i>Angrick, B., Grützmaker, A., Florschütz, J., Sauerbrei, S., Johannes, M.</i>	481
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 1	483
Evaluation eines familienorientierten Rehabilitationskonzeptes für Kinder mit angeborenen Herzfehlern <i>West, C.A., Rosendahl, W., Bengel, J.</i>	483
Sind die koordinativen Fähigkeiten bei Patienten mit Asthma bronchiale schlechter als bei gleichaltrigen Gesunden? <i>Gruber, W., Oestreich, D., Wingart, S., Paul, K.</i>	484
Randomisierte kontrollierte Multicenter- „Studie zur Bestimmung von Effekten eines strukturierten ambulanten Weiterbehandlungsprogramms nach stationärer medizinischer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas“. (Ergebnisse einer „ITT“ - Analyse) <i>Bräuer, W., van Egmond-Fröhlich, A., Fischer, U., Goldschmidt, H., Hoff-Emden, H., Oepen, J., Walter, E., Zimmermann, E.</i>	486
Münchener Adipositas Pilot-Studie <i>Reploh, T., Stein, D., Bauer, C.P.</i>	487
Langfristige Effekte der Rehabilitation bei adipösen Kindern und Jugendlichen und deren Prädiktoren (multizentrische ASRA Studie) <i>van Egmond-Fröhlich, A., Bräuer, W., Fischer, U., Goldschmidt, H., Hoff-Emden, H., Oepen, J., Walter, E., Zimmermann, E.</i>	489
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 2	491
Interdisziplinäres Therapiekonzept bei Jungen mit ADHD in der stationären Rehabilitation – Eine Pilotstudie <i>Hampel, P., Desman, C., Petermann, F., Siekmann, K., Roos, T.</i>	491
Gewichtsentwicklung adipöser Kinder und Jugendlicher 2 - 5 Jahre nach stationärer Rehabilitation <i>Tiedjen, U., Stachow, R., Petermann, F., Häring, J., Westenhöfer, J.</i>	492
Auslöserprävention bei Asthma bronchiale als Folge einer Patientenschulung - Evaluationsstudie bei Begleitern in der Rehabilitation <i>Gießler-Fichtner, O., Sailer, C., Bauer, C.P.</i>	494

Struktur und Effizienz berufsvorbereitender Förderprogramme für Jugendliche mit Asthma und/oder allergischen Hauterkrankungen in einer Einrichtung der Phase II <i>Lecheler, J., Dorsch, U.</i>	496
Prospektive Evaluation der Kinderrehabilitation bei Atopischem Ekzem <i>Stachow, R., Scheewe, S., Keins, P.</i>	497
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Poster 50 - 51)	499
Rehabilitation als maßgebende Bedingung für den Erfolg einer Cochlea-Implantation bei Jugendlichen und Erwachsenen <i>Mendler, M., Rodeck, J., Schlenker-Schulte, C., Rasinski, C., Vorwerk, W.</i>	499
Medikationsverhalten asthmakranker Kinder und Jugendlicher vor und nach stationärer Rehabilitation? Ergebnisse einer multizentrischen Studie <i>Eichmann, D., Stachow, R., Bauer, C.P., Kiosz, D., Petermann, F.</i>	501
Autorenverzeichnis	503

Stand und Perspektiven der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung aus Sicht der Rentenversicherung

Reimann, A.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/Main

Die Rehabilitation stellt – neben Prävention, Akutmedizin und Pflege – eine wichtige Säule des deutschen Gesundheitssystems dar, die wirksame Leistungen vor allem zur Bewältigung der Folgen chronischer Erkrankungen bereithält. Durch die weitere Zunahme chronischer Erkrankungen bei gleichzeitig höherer Lebenserwartung, durch Veränderungen in der Berufswelt und eine längere Lebensarbeitszeit sowie durch den medizinischen Fortschritt, aber auch durch dynamische Entwicklungen im Sozial- und Gesundheitssystem werden die qualitativen Anforderungen an die Rehabilitation weiter zunehmen. Zur Bewältigung dieser wachsenden Herausforderungen ist eine wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung der Rehabilitation unabdingbar. Für die Rentenversicherung stellt die rehabilitationswissenschaftliche Forschung deshalb – im Rahmen ihres spezifischen Reha-Auftrags, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten – ein zentrales Instrument sowohl zur Sicherstellung der Effektivität und Effizienz als auch zur evidenzbasierten Weiterentwicklung ihrer Rehabilitationsleistungen dar. Rehabilitationswissenschaftliche Forschung ist für die Rentenversicherung damit eine kontinuierliche Aufgabe.

Durch verschiedene rehabilitationswissenschaftlich fundierte Initiativen – zu nennen sind insbesondere das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung und das Leitlinienprogramm der BfA – ist es inzwischen gelungen, in weiten Bereichen der medizinischen Rehabilitation hohe, einheitliche Leistungsstandards zu erarbeiten und zu realisieren. Diese müssen allerdings, um ihrer Aufgabe gerecht zu werden, regelmäßig überprüft, gepflegt und transparent weiterentwickelt werden. Darüber hinaus erfordern die dynamischen Veränderungen im Gesundheits- und Sozialsystem Analysen zu den Auswirkungen solcher Entwicklungen, ggf. die Anpassung der Rehabilitationsleistungen und ihrer Steuerung sowie fundierte Nachweise der Wirksamkeit und Effizienz. Hierfür stellt eine kontinuierliche Reha-Forschung mit hohem Anwendungsbezug das geeignete Instrument dar.

Ausgehend von den Analysen der vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger eingesetzten Reha-Kommission hat die Rentenversicherung seit Anfang der 90-er Jahre wichtige Schritte zum Ausbau anwendungsbezogener rehabilitationswissenschaftlicher Forschung und zur Schaffung einer entsprechenden Forschungsinfrastruktur unternommen. Vor allem mit dem gemeinsam von der Deutschen Rentenversicherung und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) getragenen Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ (1998-2005) wurde die Bedeutung der Rehabilitation für das Gesundheitssystem und ihre wissenschaftliche Fundierung auf breiter Ebene gestärkt. Heute – nach Auswertung der Ergebnisse aus der ersten Phase des Förderschwerpunkts und kurz vor

Abschluss der zweiten Förderphase – kann sowohl inhaltlich als auch strukturell eine positive Bilanz gezogen werden.

Aus der Vielfalt der inhaltlichen Ergebnisse des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ seien drei Schwerpunkte genannt:

- Durch Studien belegt wird die Wirksamkeit von zentralen Behandlungselementen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Hierzu zählen vor allem didaktisch aufbereitete Schulungsprogramme („Patientenschulungen“) z. B. aus den Indikationsbereichen Orthopädie/Rheumatologie und Pneumologie, aber auch spezifische Therapieprogramme und Interventionsbausteine z. B. für psychosomatische und Suchtpatienten.
- Nach rationalen Kriterien wurden indikationsspezifische Algorithmen zur Abschätzung des Rehabilitationsbedarfs entwickelt und evaluiert. Dabei wurden sozialrechtliche Vorgaben und die Evidenzlage ebenso berücksichtigt wie die klinische, psychosoziale, berufliche und Versorgungssituation der Versicherten. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Rehabilitationsbedarf objektivieren lässt und der medizinischen Rehabilitation somit ein wichtiger Platz im Gesundheitssystem zukommt.
- Medizinische Rehabilitation sichert die Rückkehr zur Arbeit: Mehrere Studien zeigen, dass die Rückkehrraten zur Arbeit auch bei „beruflichen Risikopatienten“ erhöht werden können – durch berufliche Belastungserprobung, Kooperationsmodelle mit Berufsförderungswerken und andere berufsorientierte Therapiebausteine.

In struktureller Hinsicht hat der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ ebenfalls positive Erfolge und Effekte gezeitigt:

- Das methodische Niveau der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland ist erkennbar gestiegen. Die Realisierung hoher methodischer Standards ist eine zentrale Voraussetzung, um die Evidenzbasierung der Rehabilitation und ihrer Behandlungselemente auch in Zukunft sicher zu stellen. Der Förderschwerpunkt hat gezeigt, dass ein hohes methodisches Niveau verwirklicht werden kann, ohne dass der unmittelbare Anwendungsbezug der Forschung verloren geht.
- Die acht regionalen Forschungsverbände werden ihre erfolgreiche Arbeit über die zweite Förderphase hinaus verstetigen, in Form von Stiftungsprofessuren, Methodenzentren und Geschäftsstellen. Somit ist es gelungen, die rehabilitationswissenschaftliche Infrastruktur langfristig erheblich zu stärken und dauerhaft zu verankern.
- Mit der paritätischen Förderung durch BMBF und Rentenversicherung ist im Bereich der Gesundheitsforschung erstmalig eine Zusammenarbeit zwischen BMBF und einem großen Sozialleistungsträger zustande gekommen. Diese gemeinsame Förderung hat Vorbild- und Modellcharakter.
- Wegen des zentralen Stellenwerts des Transfers der Forschungsergebnisse in die Praxis haben die Förderer eine eigene Umsetzungsphase eingerichtet. Dabei wird der Transfer angestoßen, organisatorisch unterstützt und mit einigen Projekten wissenschaftlich begleitet. So werden z. B. die im Förderschwerpunkt erfolgreich evaluierten Patientenschulungsprogramme auch in anderen Kliniken eingeführt. Diese Einführung wird wiederum mit Implementations- und gesundheitsökonomischen Analysen evaluiert.

Insgesamt hat der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ den Stellenwert der Rehabilitation im Gesundheitssystem weiter gefestigt. Die Forschungsergebnisse belegen die Evidenz diagnostischer und therapeutischer Leistungen und führen zu einer Verbesse-

rung der Wirksamkeit, einem gezielteren Reha-Zugang und einer Optimierung der Behandlungsabläufe.

Anwendungsbezogene rehabilitationswissenschaftliche Forschung wird von der Rentenversicherung weiterhin unterstützt werden. Dabei sollte es nicht nur um Einzelprojekte zu spezifischen Forschungsfragen gehen, sondern vor allem um systematische Förderung im Rahmen thematischer Programme:

- So beteiligt sich die Rentenversicherung derzeit an Gesprächen mit dem BMBF und anderen Sozialleistungsträgern zur Planung eines neu zu etablierenden, trägerübergreifenden Förderschwerpunkts zur versorgungsorientierten Forschung, in dem es um chronische Krankheiten und Patientenorientierung gehen könnte.
- Darüber hinaus gibt es Praxisprobleme und Forschungsfragen, die von der Rentenversicherung besser über von ihr direkt geförderte und allein finanzierte Projekte bearbeitet werden können. Auch diese können grundsätzlich zu geordneten thematischen Rahmenthemen zusammengefasst werden. Mehrere wichtige Forschungsfragen betreffen z. B. die bisher noch nicht so intensiv beforschten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie die Entwicklung und Prognose des indikationsspezifischen zukünftigen Bedarfs an Rehabilitationsleistungen.
- Insbesondere für solche themenorientierten Ausschreibungen/Bekanntmachungen der Rentenversicherung sollte – wie im Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ – eine öffentliche Ausschreibung der Forschungsthemen und eine Begutachtung durch ein hochrangiges Gutachtergremium vorgesehen werden. Dabei sollte allerdings – zusätzlich zur wissenschaftlichen Qualität – die Praxisrelevanz der Forschung betont und berücksichtigt werden.

Rehabilitationswissenschaften: Erwartungen, Ergebnisse, Perspektiven

Koch, U.

Institut für Medizinische Psychologie, UKE Hamburg

Hintergrund

Anfang der 90er Jahre bestand im Bereich der medizinischen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland eine erhebliche Diskrepanz zwischen den hohen Aufwendungen für rehabilitative Maßnahmen einerseits und den vergleichsweise geringen Bemühungen um eine wissenschaftliche Fundierung der rehabilitativen Praxis andererseits (vgl. Koch u. Barth 1992). Die Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigte dies in ihren Empfehlungen, indem sie nachdrücklich den Ausbau der Rehabilitationswissenschaften und die Schaffung einer entsprechenden Forschungsinfrastruktur forderte (VDR, 1992). Die angesprochenen Defizite der Rehabilitationsforschung zeigten sich auch an den Hochschulen. Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsthemen wurden zu dieser Zeit nur an wenigen medizinischen Fakultäten in Deutschland bearbeitet. Diesbezüglich spezialisierte Abteilungen, die die Voraussetzungen zur längerfristigen wissenschaftlichen Befassung boten, gab es bis auf wenige Ausnahmen nicht.

Nicht günstiger stellten sich die Bedingungen in anderen für die Rehabilitationsforschung relevanten universitären Disziplinen dar.

Ab Mitte der 90er Jahre sind eine Reihe von Veränderungen für die Entwicklung der Rehabilitationsforschung zu verzeichnen. Diese zeigen sich sowohl im universitären wie im außeruniversitären Bereich. Dazu gehören unter anderem die Gründung von Stiftungsprofessuren an verschiedenen Orten, die Bildung von rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsschwerpunkten an einigen Universitäten, bei der Rentenversicherung die Etablierung von rehabilitationswissenschaftlichen Abteilungen (VDR und BfA), sowie die Gründung von regionalen Fördervereinen und Forschungsinstituten. Zu nennen sind in diesem Kontext weiterhin auch die seit 1992 stattfindenden Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien, die stärkere wissenschaftliche Ausrichtung von Fachzeitschriften im Bereich der Rehabilitation und die 2000 erfolgte Gründung der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) (vgl. Bengel/Koch 2000). Von zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung der Rehabilitationsforschung war allerdings das rehabilitationswissenschaftliche Verbundforschungsprogramm des BMBF und des VDR (Koch et al. 1998). Zentrales Ziel war hier nicht nur die Bearbeitung einzelner, bisher nicht hinreichend erforschter rehabilitativer Fragestellungen, sondern vor allem auch die Schaffung längerfristiger, wenn möglich universitär verankerter Forschungsstrukturen.

Im Rahmen von zwei dreijährigen Förderphasen (1998-2001, 2001-2004) wurden in acht regionalen Forschungsverbänden ca. 150 Projekte finanziell unterstützt. Seit Anfang 2005 werden in einer sich anschließenden Phase erste Transferprojekte gefördert, die darauf ausgerichtet sind, die in den Projekten erarbeiteten Ergebnisse für die Rehabilitationspraxis nutzbar zu machen. Gleichzeitig finden zur Zeit erste Planungsgespräche zwischen dem Bundesforschungsministerium und der Rentenversicherung über mögliche weitere Förderprogramme im Bereich der Rehabilitationsforschung statt, an denen auch Vertreter der GKV, der Unfallversicherung und des BMGS teilnehmen.

Vor diesem Hintergrund erschien es der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaft (DGRW) wichtig, aus wissenschaftlicher Perspektive die aktuelle Situation der Rehabilitationsforschung zu analysieren und reflektieren. Sie hat deshalb eine Arbeitsgruppe eingesetzt, deren Aufgabe es ist, eine Bestandsaufnahme der aktuellen Rehabilitationsforschung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Rehabilitationswissenschaftlichen Verbundforschungsprogramms vorzunehmen. Vorrangige Ziele sind zunächst die Analyse und Bewertung der gegenwärtigen strukturellen Voraussetzungen für die Rehabilitationsforschung (sowohl im universitären wie außeruniversitären Rahmen), die Analyse des Verbundforschungsprogramms Rehabilitationswissenschaften unter inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Gesichtspunkten und bezüglich der Umsetzbarkeit der Ergebnisse - letzteres auch über bisherige Transferbemühungen hinausgehend. Ein weiteres Anliegen ist die Perspektivenentwicklung für die künftige Rehabilitationsforschung. In diesem Kontext geht es um die Entwicklung eines innovativen thematischen Spektrums und um erweiterte methodische wie organisatorische Anforderungen an eine künftige Rehabilitationsforschung. Zielgruppe dieser zum Frühjahr 2005 geplanten Expertise sind alle relevanten Gruppen in der Rehabilitation und Forschungsförderung (Rehabilitationsforscher, Rehabilitationskliniker, Rehabilitationsverwaltung, potentielle Förderer von Rehabilitationsforschung).

In einem ersten Arbeitsschritt wurden mehr als 30 Rehabilitationswissenschaftler gebeten, die Bestandsaufnahme mit ihrer Kompetenz zu unterstützen. Sie erarbeiten zu ausgewählten rehabilitativen Indikationsbereichen (Kardiologie, Onkologie, MSK, Gastro und Stoffwechsel, Neurologie, Psychosomatik/Psychiatrie und Sucht, Kinder, Pneumologie, Geriatrie) sowie zu einzelnen Querschnittsthemen der Rehabilitationsforschung (u.a. Forschungsstrategien und –methodik, Rehabilitationsökonomie, Rehabilitationsbedarf, Assessment, Outcomekriterien, Rehabilitationsdiagnostik, ICF, Gender) knappe Übersichten über den gegenwärtigen Forschungsstand und stellen den künftigen Forschungsbedarf für diesen Bereich dar. Ende Januar 2005 dürfte dieser Arbeitsschritt abgeschlossen sein, so dass dann in einem zweiten Schritt die eingesetzte Arbeitsgruppe die Expertise formulieren kann. In einer „Konsensuskonferenz“ soll diese dann zur Diskussion gestellt werden. Die Arbeitsgruppe der DGRW geht davon aus, dass mit einem fachlich so fundierten Konzept die Diskussion um die Weiterentwicklung und Weiterförderung der Rehabilitationsforschung durch Wissenschaftler mitbeeinflusst werden können.

Das Vortragsthema „Rehabilitationswissenschaften: Erwartungen, Ergebnisse und Perspektiven“ wird vor allem auf der Grundlage der Ergebnisse der durchgeführten Erhebungen behandelt werden.

Literatur

- Bengel, J., Koch, U. (Hrsg.) (2000): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Springer, Heidelberg.
- Koch, U., Barth, M. (1992): Rehabilitationsforschung in der Rentenversicherung - Rahmenbedingungen, Interessen und Perspektiven. In: Müller, R., Schuntermann, M.F. (Hrsg): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Bund, Köln, 75-89.
- Koch, U., Schliehe, F., Aufderheide, W. (1998): Stand und Entwicklung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung. Rehabilitation 37, 66-70.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1992): Bericht der Reha-Kommission. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, VDR Frankfurt/Main.

Rehabilitationsalltag und Rehabilitationswissenschaft - Widerspruch oder Chance?

Ehlebracht-König, I.

Rehazentrum Bad Eilsen der LVA Hannover

Das Spannungsfeld zwischen Alltag in einer Rehabilitationsklinik und forschenden universitären Einrichtungen ist groß. Kann Forschung überhaupt in einer Rehabilitationsklinik angesiedelt sein? Sind Alltag und Forschung vereinbar? Kann Forschung dort erfolgreich sein? Diesen Fragen soll aus der Perspektive einer Reha-Klinik nachgegangen werden. Dabei liegen zu diesen Fragen keine empirischen Daten vor, wohl aber persönliche Erfahrungen aus den zwei Förderphasen der Rehawissenschaftlichen Forschungsverbünde¹.

¹ Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung

Der Alltag eines (leitenden) Reha-Klinikers ist geprägt durch Aufgaben, die in erster Linie (1) die Patientenversorgung betreffen. Hierzu gehören Aufnahmeuntersuchungen, Visiten, Röntgenbild-Beurteilungen und viele andere ärztliche Tätigkeiten. Er ist weiterhin beschäftigt mit (2) Personalangelegenheiten und Aktivitäten, die zum Beispiel mit der fachlichen Weiterbildung assoziiert sind. Zusätzlich gibt es eine Fülle an (3) Führungsaufgaben sowohl nach innen als auch nach außen. (4) Besprechungen und Kontaktpflege zu Kollegen sind regelmäßiger Bestandteil der täglichen Routine. (5) Klinikkonzepte müssen immer wieder kritisch durchleuchtet und überarbeitet werden. (6) Wirtschaftliche Überlegungen haben in den letzten Jahren einen immer größeren Stellenwert erhalten. Viel Zeit wird in die Diskussion um Stellenpläne und Qualität investiert.

Auf den ersten Blick scheint eine Unvereinbarkeit zwischen Reha-Alltag und Forschung zu bestehen. Forschung braucht Freiräume, in denen Fragen gestellt werden, in denen diskutiert und reflektiert wird. Forschung braucht Mitarbeiter, die dafür ihre Zeit und ihre fachliche Kompetenz einbringen. Forschung kann nicht nebenbei erfolgen, Forschung braucht finanzielle Ressourcen für Ausstattung und Personal.

Andererseits gibt es sehr viele wissenschaftliche Fragestellungen, die sich aus der Perspektive einer Rehabilitationsklinik ergeben. Angefangen mit der Frage, ob der richtige Patient der richtigen Klinik zugewiesen wird, über die Frage der Ausgestaltung von Therapiekonzepten einschließlich der Evaluation ihrer Wirksamkeit, bis hin zur Überprüfung und Verbesserung von Nachsorgeangeboten. Reha-Kliniker spüren persönlich Stolpersteine, Schwächen, aber auch Stärken und Erfolge in ihrem Arbeitsfeld. Sie können aus ihrem Erfahrungsbereich sehr gut dringenden Forschungsbedarf formulieren und erzielte Forschungsergebnisse auch umsetzen. Universitäre Einrichtungen haben dagegen einen Blick von außen auf das Gesamtsystem und betrachten die Rehabilitation mit größerer Distanz und Abstraktion.

Um Rehabilitationsforschung in Kliniken zu implementieren, sind Voraussetzungen erforderlich. Diese beziehen sich auf persönliche Qualifikationen der Forschenden und auf eine Verankerung der Forschung in der gesamten Klinik. Rehabilitationsforschung muss von allen getragen werden und Bestandteil der Klinikphilosophie sein. Da dies bei dem heutigen Diktat der Wirtschaftlichkeit zu Konflikten führen kann, wird eine Unterstützung durch den Träger der Klinik benötigt. Es ist sinnvoll, bereits in den Anfangsüberlegungen den Träger immer mit in die Entwicklung einzubeziehen und eine Vertrauensbasis herzustellen. Einen ebenso langen Vorlauf benötigten universitäre Kooperationen. Sie sind langfristig unerlässlich. Oftmals besteht die Notwendigkeit der Unterstützung bei der Entwicklung von Studiendesign und Methodik, auch der logistische Hintergrund von Universitäten ist hilfreich. Universitären Forschungseinrichtungen können Reha-Kliniker im Gegenzug den Zugang zu Patienten erleichtern.

Beim Aufbau von Forschung in einer Rehabilitationsklinik ist in der Regel mit Stolpersteinen zu rechnen. Selbst wenn Gelder für ein Forschungsvorhaben zur Verfügung stehen, gibt es Reibungsverluste bei der Integration der wissenschaftlichen Mitarbeiter und es kommen auf die Mitarbeiter der Klinik zusätzliche Aufgaben zu. Verwaltung, Pflegedienst, alle therapeutischen Mitarbeiter und Ärzte sind in einem gewissen Rahmen involviert und sei es nur durch die Beantwortung von Patientenfragen zu Forschungsvorhaben. Diese Belastungen, die durch Forschung an Kliniken auf alle Bereiche zukommen, können für eine externe universitäre Einrichtung im Hinblick auf die Mitarbeit von Personal und Patienten besonders proble-

matisch sein und sich ungünstig auf Fragebogenmanagement und Rücklauf auswirken. Gehört Forschung dagegen zur Klinikphilosophie und sind die wissenschaftlichen Mitarbeiter dem Klinikpersonal vertraut und bei Bedarf greifbar, besteht eine hohe Kooperationsbereitschaft und eine starke Bindung an das Forschungsvorhaben. Gerade dies wirkt sich positiv auf die Qualität der Daten und den Rücklauf aus. Forschung in einer Klinik kann darüber hinaus für alle Mitarbeiter motivierend sein und die Qualität der Klinik auch in völlig anderen Bereichen verbessern, z. B. wenn neue Interventionsformen wissenschaftlich erprobt werden.

Als langfristiger Nutzen wirkt sich Forschung auch auf das Renommee einer Klinik aus. Verhandlungspositionen gegenüber Kosten- und Leistungsträgern, aber auch Universitäten und Krankenhäusern können gestärkt werden. Eine günstigere Positionierung auf dem Stellenmarkt ist ebenfalls möglich.

Beide Forschungsperspektiven – die universitäre und die klinische – haben ihre Stärken und Schwächen. Zweifellos zeichnet sich die Forschung im reha-klinischen Bereich durch ihre Problemnähe und Praxisrelevanz aus, dennoch ist sie bezogen auf Forschungsressourcen und den Zugang zu Forschungsmitteln oft in einer schlechteren Position und benötigt langfristig weitere Unterstützung. Durch gute, partnerschaftliche Kooperation zwischen Reha-Einrichtung und Universität kann ein deutlicher Zugewinn an Forschungsqualität und Umsetzungsmöglichkeiten erreicht werden. Persönliche Erfahrungen zeigen, dass dies möglich ist. Gerade für die anwendungsbezogene Forschung in der Rehabilitation lohnt es sich, diese Strukturen auch weiterhin gezielt zu fördern.

Der Funktionsfragebogen Bewegungsapparat (SMFA-D) - ein erkrankungsübergreifendes Instrument für den Bewegungsapparat

Kirschner, S. (1), Wollmerstedt, N. (2), Walther, M. (2), Faller, H. (3), König, A. (4)

(1) Orthopädische Klinik der Technischen Universität Dresden, (2) Orthopädische Klinik der Universität Würzburg, (3) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, (4) Klinik am Eichert Göppingen

Einleitung

Die Berücksichtigung der Patientenperspektive hat zunehmendes Interesse gewonnen und wird zwischenzeitlich explizit bei der Mitteilung von Behandlungsergebnissen gefordert (Poss, 2001). Für muskuloskeletale Erkrankungen wurde der Short Musculoskeletal Function Assessment questionnaire (SMFA) von amerikanischen Orthopäden entwickelt. Im Rahmen des Projektes A6 des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Bayern wurde von König et al. eine deutsche Version (SMFA-D) erstellt und auf psychometrische Eigenschaften überprüft (König, 2000 a, b). Das Instrument erlaubt die Erfassung der Funktionskapazität und der krankheitsbezogenen Beeinträchtigung bei muskuloskelettalen Erkrankungen. Aufgrund dieses erkrankungs- und gelenkübergreifenden Charakters bietet sich das Instrument zur patientenzentrierten Ergebnismessung im gesamten Behandlungsspektrum an. Im folgenden soll der Stand der Evaluation des SMFA-D dargestellt werden.

Patienten und Methodik

In einem prospektiven Studiendesign wurden vier operativ und zwei konservativ behandelte Patientengruppen prä- und posttherapeutisch untersucht. In der operativ behandelten Gruppe wurden Patienten mit Gonarthrose (n=66) und Coxarthrose (n=51), die mit einem totalendoprothetischem Gelenkersatz versorgt wurden, eingeschlossen (Kirschner et al., 2004). Des Weiteren wurden Patienten mit Rotatorenmanschettenruptur (n=45, Böhm et al., 2004), bei denen eine Weichteilrekonstruktion, und Patienten mit rheumatoider Arthritis (n=55, Glatzel et al., 2004), bei denen verschiedene operative Interventionen, wie z. B. Synovektomien oder Versteifung kleiner Extremitätengelenke vorgenommen worden sind, eingeschlossen. In der konservativ behandelten Gruppe wurden Patienten mit Coxarthrose (Wollmerstedt et al., 2004) und rheumatoider Arthritis eingeschlossen. Die psychometrischen Kennwerte interne Konsistenz, Reliabilität, Konstrukt- und Kriteriumsvalidität sowie Änderungssensitivität wurden erhoben.

Ergebnisse

Die interne Konsistenz des SMFA-D als Cronbachs Alpha lag zwischen 0.88 und 0.96. Die Retestreliabilität als unjustierter, einfaktorieller Intraklassenkoeffizient zwischen 0.71 und 0.96. Die Konstruktvalidität konnte mit signifikanten mittleren bis hohen Korrelationen mit den verwendeten Instrumenten, wie z. B. dem SF-36 oder dem WOMAC nachgewiesen werden. Für die Kriteriumsvalidität wurde der Zusammenhang mit einem Gehstest für Patien-

ten mit Gon-, Coxarthrose und rheumatoider Arthritis, einem Schulterfunktionstest bei Patienten mit Rotatorenmanschettenruptur sowie der Arzteinschätzung der Funktionsbeeinträchtigung ermittelt, wobei sich signifikante Korrelationen ergaben. Der SMFA-D zeigte bei Patienten mit operativ therapierter rheumatoider Arthritis kleine bis mittlere Effektstärken und bei den übrigen operativ therapierten Patientengruppen große Effektstärken. In den konservativ therapierten Gruppen (Coxarthrose und rheumatoide Arthritis) zeigten sich kleine Effektstärken. Die Änderungssensitivität des Instrumentes kann damit belegt werden.

Diskussion

Der Funktionsfragebogen Bewegungsapparat (SMFA-D) hat sich in der psychometrischen Überprüfung bei verschiedenen operativ und konservativ therapierten Patientenkollektiven mit muskuloskelettalen Erkrankungen als reliabel, valide und änderungssensitiv erwiesen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die universelle Einsetzbarkeit des Funktionsfragebogen Bewegungsapparat (SMFA-D) in diesen Erkrankungsgruppen erlaubt den Vergleich unterschiedlicher Therapien und liefert damit wichtige Hinweise zur Auswahl der effektivsten Therapieform. Durch assoziierte Studien von kooperierenden Zentren werden gegenwärtig konkrete Therapieentscheidungen (Patellaersatz) im Bereich der Knieendoprothetik gezielt unter Einbeziehung der Patientenperspektive überprüft.

Literatur

- Böhm, T.D., Kirschner, S., Kohler, M., Wollmerstedt, N., Walther, M., Matzer, M., Faller, H., König, A., 2004: The German Short Musculoskeletal Function Assessment questionnaire: reliability, validity, responsiveness, and comparison with the Short Form 36 and Constant score-a prospective evaluation of patients undergoing repair for rotator cuff tear. *Rheumatol Int.*, Jan 16.
- Glatzel, M., Wollmerstedt, N., Doesch, M., Kirschner, S., Matzer, M., Faller, H., König, A., 2004: Reliabilitäts-, Validitäts- und Änderungssensitivitätsprüfung des Funktionsfragebogens Bewegungsapparat (SMFA-D) bei operierten Patienten mit rheumatischer Arthritis. *Aktuelle Rheumatologie*, 29, S. 17-23.
- Poss, R., Clark, C.R., Heckman, J.D., 2001: A concise format for reporting the longer-term follow-up status of patients managed with total hip arthroplasty. *J.Bone Joint Surg.Am.*, 83-A(12), S. 1779-1781.
- Swiontkowski, M.F., Engelberg, R., Martin, D.P., Agel, J., 1999: Short musculoskeletal function assessment questionnaire: validity, reliability, and responsiveness. *J.Bone Joint Surg.Am.*, 81(9), S. 1245-1260.
- König, A., Walther, M., Matzer, M., Heesen, T., Kirschner, S., Faller, H., 2000: II. Validität und Änderungssensitivität des Funktionsfragebogens Bewegungsapparat (SMFA-D) bei primärer Gonarthrose und totalendoprothetischem Gelenkersatz. *Z.Orthop.Ihre Grenzgeb.*, 138(4), S. 302-305.
- König, A., Kirschner, S., Walther, M., Böhm, D., Faller, H., 2000: I. Kulturelle Adaptation, Praktikabilitäts- und Reliabilitätsprüfung des Funktionsfragebogen Bewegungsapparat (SMFA-D). *Z.Orthop.Ihre Grenzgeb.* 138(4), S. 295-301.
- Kirschner, S., Matzer, M., Wollmerstedt, N., Walther, M., Böhm, D., König, A., Faller, H., 2004: Vergleichende Analyse der patientenzentrierten Ergebnisse nach totalendoprothetischem Einsatz von Hüft- und Kniegelenk. *Aktuelle Rheumatologie*, 29, S. 201-206.
- Wollmerstedt, N., Kirschner, S., Woltz, T., Ellssel, J., Beyer, W., Faller, H., König, A., 2004: Reliabilitäts-, Validitäts- und Änderungssensitivitätsprüfung des Funktionsbogens Bewe-

gungsapparat (SMF A-D) in der stationären Rehabilitation von Patienten mit konservativ behandelter Coxarthrose, Rehabilitation 43, S.233-240.

Der Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), ein neues Messinstrument zur Erfassung der krankheitsspezifischen Lebensqualität bei chronischer Herzinsuffizienz

Faller, H. (1), Steinbüchel, T. (1), Schowalter, M. (1), Störk, S. (2), Angermann, C.E. (2)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, (2) Medizinische Poliklinik, Universität Würzburg

Hintergrund

Die chronische Herzinsuffizienz geht nicht nur mit einer hohen Sterblichkeit, sondern auch gravierenden Einschränkungen der Lebensqualität einher. Deshalb wird in jüngster Zeit immer häufiger gefordert, die subjektive Lebensqualität des Patienten als Ergebniskriterium der Behandlung einzubeziehen. Während generische (krankheitsübergreifende) Instrumente gut dafür geeignet sind, Vergleiche zwischen Patientengruppen mit unterschiedlichen Erkrankungen oder zwischen Kranken und Gesunden durchzuführen, sind krankheitsspezifische Verfahren in der Regel besser geeignet, die durch die jeweilige Erkrankung hervorgerufenen Beeinträchtigungen detailliert zu beschreiben sowie Änderungen der Lebensqualität im Krankheitsverlauf oder als Ergebnis der Behandlung abzubilden. Da bisher kein allgemein akzeptiertes Verfahren zur Messung der Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz existiert und die vorliegenden Verfahren deutliche Einschränkungen z. B. hinsichtlich der Breite der abgedeckten Lebensbereiche und der Änderungssensitivität aufweisen (Berry und McMurray, 1999), wurde ein neues herzinsuffizienzspezifisches Lebensqualitätsmessinstrument, der Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ; Green et al. 2000), in seiner deutschen Version evaluiert.

Methodik

Die Untersuchungsgruppe bestand aus N=233 konsekutiven ambulanten Patienten der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg mit klinisch und/oder echokardiographisch gesicherter Linksherzinsuffizienz. Das mittlere Alter betrug 64,5 Jahre (SD 12,6), 70 Patienten (29,9 %) waren weiblich. Die NYHA-Klassen-Anteile betragen: I, n = 37 (15,9 %); II, n = 92 (39,5 %); III n = 81 (34,8 %); IV, n = 23 (9,9 %). Für die Bestimmung der Retest-Reliabilität wurde eine Untergruppe von N = 30 im Abstand von ca. einer Woche noch einmal befragt. Für die Bestimmung der Änderungssensitivität wurde davon unabhängig eine Kohorte von n=37 Patienten zunächst im dekompensierten Zustand und erneut nach 2 Wochen im kompensierten Zustand befragt.

Der Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) besteht aus 23 Items, die sechs Domänen zugeordnet werden: 1. Körperliche Einschränkung; 2. Symptome; 3. Symptomstabilität; 4. Soziale Einschränkung; 5. Selbstwirksamkeit und 6. Lebensqualität. Zusätzlich werden zwei zusammenfassende Scores gebildet: Funktionaler Status sowie Klinische Zusammenfassung. Wir führten eine Itemanalyse durch und bestimmten die interne Konsistenz

der Skalen (Cronbachs alpha) sowie die Retest-Reliabilität (Intraklassen-Korrelationskoeffizient [ICC], Konkordanz-Korrelationskoeffizient [CCC] und Pearson-Korrelationskoeffizient; Schuck, 2004). Für die Bestimmung der Konstruktvalidität verwendeten wir den SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger und Kirchberger, 1998). Die diskriminative Validität (known groups validity) überprüften wir durch einen Vergleich der NYHA-Klassen. Für die Bestimmung der Änderungssensitivität wurden die empfohlenen Kennwerte (standardized effect size, standardized response mean, Guyatts responsiveness index) berechnet (Schuck, 2000).

Ergebnisse

Der KCCQ besitzt eine sehr gute Retest-Reliabilität (ICC der Gesamtskalen „Funktionaler Status“ und „Klinische Zusammenfassung“ jeweils 0,93). Hohe Korrelationen mit inhaltlich entsprechenden Skalen des SF-36 belegen die Konstruktvalidität. Diese zeigte sich zum Beispiel bei der KCCQ-Skala „Körperliche Einschränkung“ und der SF-36-Skala „Körperliche Funktionsfähigkeit“ ($r=0,69$). Auch die entsprechenden zusammenfassenden Skalen korrelieren hoch miteinander. Statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Unterschiede zwischen den NYHA-Klassen weisen auf die diskriminative Validität hin. Je nach Berechnungsmethode der Kennwerte der Änderungssensitivität zeigen sich mittelgroße bis große Effektstärken. Der Fragebogen wurde von 86 % der Probanden als ziemlich oder sehr verständlich bewertet.

Diskussion

Der KCCQ hat gegenüber bisherigen Verfahren den Vorteil, körperliche Einschränkungen, Symptome nach Häufigkeit, Schweregrad und Stabilität, soziale Einschränkungen, Selbstwirksamkeit und psychische Lebensqualität differenziert zu beschreiben. Bemerkenswert ist, dass die beiden Gesamtskalen Funktionaler Status und Klinische Zusammenfassung Retest-Reliabilitätskoeffizienten von über 0,9 aufwiesen, obwohl nicht nur die lineare Abhängigkeit (Pearson-Korrelation), sondern die absolute Übereinstimmung der beiden Messreihen (ICC, CCC) zugrunde

gelegt wurde. Die Konstruktvalidität konnte durch sehr hohe Korrelationen zwischen inhaltlich einander entsprechenden Skalen von KCCQ und SF-36 belegt werden. Zudem fanden sich erste Hinweise auf die Änderungssensitivität.

Schlussfolgerungen

Die deutschsprachige Version des KCCQ erwies sich als ein von den Befragten gut akzeptiertes, hoch reliables und valides Verfahren zur Erfassung der krankheitsspezifischen Lebensqualität bei chronischer Herzinsuffizienz. Es kann sowohl als Zielkriterium in klinischen Studien, als auch zur Qualitätssicherung und zum Routinemonitoring von Patienten eingesetzt werden. Die zeitnahe Rückmeldung von Lebensqualitätsinformation an den behandelnden Arzt kann helfen, diejenigen Patienten zu identifizieren, die Einschränkungen in bestimmten Bereichen der Lebensqualität aufweisen, so dass möglichst frühzeitig gezielte Interventionen durchgeführt werden können. Zukünftige Forschungen sollten die vergleichende Analyse mit anderen herzinsuffizienzspezifischen Instrumenten und die Bestimmung der Änderungssensitivität unter definierten Interventionen umfassen. Hierfür erwarten wir weite-

re Aufschlüsse von einer laufenden randomisierten kontrollierten Studie zur Evaluation eines intensivierten Behandlungs- und Nachsorgeprogramms.

Literatur

- Berry, C., McMurray, J. (1999): A review of quality-of-life evaluations in patients with congestive heart failure. *Pharmacoeconomics* 16: 247-271.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen, Hogrefe-Verlag.
- Green, C.P., Porter, C.B., Bresnahan, D.R., Spertus, J.A. (2000): Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: A new health status measure for heart failure. *J Am Coll Cardiol* 35: 1245-1255.
- Schuck, P. (2000): Designs und Kennziffern zur Ermittlung der Änderungssensitivität von Fragebogen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung. *Z Med Psychol* 9: 125-130.
- Schuck, P. (2004): Assessing reproducibility for interval data in health-related quality of life questionnaires: Which coefficient should be used? *Quality of Life Research* 13: 571-586.

Das Bavaria-Rehabilitanden Assessment BRA® - ein berufsorientierter Anforderungs- und Fähigkeitsabgleich als Bestandteil der medizinisch berufsorientierten Rehabilitation – erste Evaluierungsergebnisse

Brauchler, R. (1), Sinn-Behrendt, A. (1), Bopp, V. (1), Landau, K. (1), Presl, R. (2), Stern, H. (2), Knörzer, J. (2)

(1) Institut für Arbeitswissenschaft TU Darmstadt, (2) Bavaria Klinik Freyung

Mit dem Aufbau von medizinisch-berufsorientierten Rehabilitationsmaßnahmen (MBO) wird nach einer qualifizierten Befunderhebung eine an Beruf und Belastungsengpässen orientierte Therapie in den Rehabilitationskliniken angestrebt. Zur Unterstützung dieser Zielsetzung kommt im Rahmen der Aufnahmediagnostik das Bavaria-Rehabilitanden-Assessment BRA® zur Anwendung. Das Bavaria-Rehabilitanden Assessment BRA® hat das Ziel, bestehende Defizite der Entwicklung, Testung und Evaluation sozialmedizinischer Assessments auszugleichen, indem es mit seiner Mehrdimensionalität sowohl die objektive Tätigkeitsanalyse, die funktionelle Leistungsfähigkeit als auch ein umfassendes Anforderungs- und Fähigkeitsprofil einbezieht. Das BRA® dient zum Abgleich zwischen Anforderungen am Arbeitsplatz (Erhebung erfolgt durch ergonomisch geschulte Arbeitsmediziner) und Fähigkeiten des Patienten (Erhebung erfolgt durch Stationsärzte, Psychologen, u.a.). Das Assessmentverfahren umfasst 85 ordinal skalierte berufsbezogene Merkmale und integriert zudem eine Arbeitsanamnese mit ausführlichem Leistungsbild sowie auch 25 Merkmale zur Sozial- und Berufsanamnese. Belastungsengpässe, Gestaltungserfordernisse am Arbeitsplatz und Einschränkungen im Leistungsbild des Patienten werden aufgezeigt und bei einem gezielten berufsorientierten Training an Modellarbeitsplätzen verwendet. Die im BRA ermittelte Höhe der Eignungswerte gibt Hinweise darauf, ob der Rehabilitand auf Dauer, ohne Leistungseinbußen und beschwerdefrei in der Lage ist, seine bisherige Tätigkeit nach der Rehabilitationsmaßnahme wieder aufzunehmen. Das BRA® wird durch die klinische Basisdokumentation, Team- und Visitenprotokolle, ärztliche Berichte und EFL-Testungen ergänzt. Im Rah-

men einer Klinikstudie wurden ca. 1150 Patienten einbezogen. Ca 85 % der Patienten fallen in 15 zentrale Berufsgruppen wie Lkw-, Bus-, Pkw-Fahrer, Bauarbeiter, Verladearbeiter, Monteure, Betriebsschlosser, Sachbearbeiter mit Bildschirmarbeit aus Handel, Banken und Versicherungen sowie Pflegekräfte. Mit Hilfe statistischer Verfahren lassen sich derzeit Aussagen über Belastungs- und Erkrankungsschwerpunkte in den Berufsgruppen des untersuchten Personenkollektivs machen. Auffallend häufig treten bei Bauarbeitern und Montagearbeitern eingeschränkte Fähigkeiten beim Haltungs- und Bewegungsapparat auf. Nur vereinzelt treten hingegen psychomentale Fähigkeitseinschränkungen sowie Fähigkeitseinschränkungen der Sinnesorgane und Einschränkungen in Bezug auf Ausbildung und soziales Umfeld auf. Selten sind zudem Fähigkeitseinschränkungen am Hand-Arm-System. In der Berufsgruppe Handel, Banken treten gehäuft Einschränkungen in den Funktionsbereichen Ausbildung, Arbeitsorganisation, psycho-mentale Fähigkeiten und soziales Umfeld auf. Engpässe am Hand-Arm-System durch einseitig dynamische Muskelarbeit wurden ebenfalls bei den Patienten festgestellt. In der Berufsgruppe Pflege wurden Anforderungs-, Fähigkeitsdefizite am Haltungs- und Bewegungsapparat sowie in den psycho-mentalenen Funktionen festgestellt. Zum Nachweis des Therapieerfolges der Medizinisch-Berufsorientierten Rehabilitation wurden Faktoren- und Itemanalysen für den BRA durchgeführt. Mit der Differenzierung der Berufsgruppen in Diskriminanz- und auch Clusteranalyse konnte die Trennschärfe und praktische Funktionstauglichkeit des Verfahrens bestätigt werden. Kurzfristige Therapieerfolge konnten für Defizite am Bewegungs- und Haltungsapparat in über 75 % der Fälle nachgewiesen werden. Aussagen zum langfristigen Therapieerfolg wird die derzeit laufende Katamnese in Kürze ermöglichen.

Literatur

- Brauchler, R., Bopp, V., Landau, K., Presl, R., Stern, H., Knörzer, J., 2001: Berufsorientierter Anforderungs-, Fähigkeitsabgleich mit dem Bavaria Rehabilitation Assessment – erste Ergebnisse einer Evaluierung. Vortrag an der Jahrestagung der DGAUM 2004 in Innsbruck. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin Umweltmedizin Heft 04/2004, Gentner Verlag Stuttgart.
- Landau, K., Bopp, V., Brauchler, R., Presl, R., Stern, H., Knörzer, J., 2003: Integration arbeits- und verhaltensergonomischer Trainingseinheiten in die Rehabilitation auf der Basis berufsorientierter Anforderungs- und Fähigkeitsanalysen. Vortrag am rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium des VDR Rehabilitation im Gesundheitssystem, 10 -12 März 2003, Bad Kreuznach.
- Landau, K., Knörzer, J., Sinn-Behrendt, A., Bopp, V., Brauchler, R., Presl, R., Stern, H., 2003: Bavaria Rehabilitanden Assessment in der MBO. Vortrag innerhalb des Seminars „Methoden zur Beurteilung Leistungsgewandelter“ anlässlich der Konferenz der DGAUM am 28.3.2003 in Dresden.
- Landau, K., Knörzer, J., Brauchler, R., Bopp, V., Stern, H., Presl, R., 2002: Berufsorientierter Anforderungs- und Fähigkeitsabgleich mit dem Bavaria-Rehabilitanden Assessment BRA sowie Arbeits- und Verhaltensergonomie zur medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation MBO in: „Arbeitswissenschaft im Zeichen gesellschaftlicher Vielfalt“ - Proceedings der 48. Frühjahrstagung der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft in Linz 2002, GfA-Press Dortmund.
- Landau, K., Brauchler, R., Bopp, V., Presl, R., Stern, H., Knörzer, J., 2002: Arbeitsmarkt und Berufskunde. Vortrag am rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium des VDR 2002.

Alltags- und Zielorientierung in der medizinischen Rehabilitation als wichtige Paradigmen für eine erfolgreiche Rehabilitation - Die AZOR-Skala

Bürger, W., Koch, U.

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Hintergrund

Medizinisch-rehabilitative Leistungen werden in Deutschland bislang schwerpunktmäßig stationär erbracht. Dies bedeutet, dass therapeutische Angebote und Hilfestellungen häufig mehr oder weniger fern der Lebenswirklichkeit der Betroffenen stattfinden. Patienten müssen deshalb im Anschluss an rehabilitative Maßnahmen Transferleistungen erbringen, um das in der Rehabilitation Erfahrene oder Gelernte in ihre Lebenswirklichkeit zu übertragen. Diese Bedingungen sind möglicherweise auch mit ein Grund dafür, warum sich kurzfristige Erfolge stationärer Rehabilitation nicht verstetigen lassen und es nach der Rückkehr in das Alltagsleben mittelfristig immer wieder zu Verschlechterungen, manchmal bis auf das Ausgangsniveau vor der Behandlung, kommt. Neben der Idee, die Erfolge stationärer Rehabilitation durch Nachsorgeangebote zu verstetigen, könnte hier möglicherweise auch eine veränderte konzeptionelle Orientierung erfolgversprechend sein. Im o.g. Sinne wäre zu erwarten, dass eine gezielte Berücksichtigung der Lebenswirklichkeit der Betroffenen einerseits und eine Arbeit an speziellen, mit den Rehabilitanden abgestimmten Zielen andererseits günstige Voraussetzungen für auch längerfristig erfolgreiche rehabilitative Angebote darstellen.

Methodik

Im vorliegenden Beitrag werden zwei praktikable Kurzskaalen, die der Erfassung einerseits der Alltags- und andererseits der Zielorientierung in der Rehabilitation (AZOR-Skaalen) dienen, vorgestellt und erste empirische Ergebnisse vermittelt. Die Kurzskaala zur Alltagsorientierung umfasst 3 Items, die Skala zur Zielorientierung in der Rehabilitation 4 Items. Beide Skalen sind jeweils 5-stufig skaliert. Die hier berichteten Ergebnisse basieren auf einer bundesweiten katamnesticen Vollbefragung aller BfA-Versicherten, die vom Juli 2002 bis November 2002 eine ambulante orthopädische Rehabilitation in Anspruch genommen haben (vgl. Bürger et al., 2004; Nischan et al., 2004). Die Studie wurde von der BfA bei der Arbeitsgruppe Reha-Forschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in Auftrag gegeben und finanziert, um Hinweise auf die Qualität der Routineversorgung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation zu erhalten. Teile der organisatorischen Arbeiten (Stichprobenziehung, Versand, Rücklaufdokumentation) wurden von der BfA übernommen. Der Entlasszeitpunkt der befragten Rehabilitanden liegt zum Befragungszeitraum zwischen 4 und 12 Wochen zurück. Die Rücklaufquote liegt bei etwa 65 %. Mit etwa 2600 Patienten konnte eine ausgesprochen große Stichprobe befragt werden.

Ergebnisse und Diskussion

Beide Skalen zeigen eine gute interne Konsistenz. Die Zielorientierungsskala weist ein Cronbach-alpha von 0.89, die Alltagsorientierungsskala von 0.80 auf. Alters- und ge-

schlechtsspezifisch zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede im Antwortverhalten. Die Skalen korrelieren mit $r=0.53$ hoch miteinander. In einer Faktorenanalyse, in die alle 7 Items aus den beiden Skalen eingehen, lassen sich aber beide Skalen eindeutig als getrennt identifizieren, auch die Zuordnung der Items zu den beiden Skalen ist nach einer Varimax-Rotation sehr eindeutig. Beide Skalen erweisen sich als bedeutsam für die Patienteneinschätzung der Rehabilitationsmaßnahme. Für die Patienteneinschätzung der Zielorientierung in der Rehabilitation ist offenbar vor allem das Verhalten des Arztes von Bedeutung. Für die Einschätzung der Alltagsorientierung haben auch die anderen Therapeuten eine vergleichbare Bedeutung. Diese ersten Ergebnisse liefern bereits Hinweise im Sinne einer Bestätigung der Bedeutung des Konzeptes der Alltags- und Zielorientierung für den Erfolg der Rehabilitation. Patienten, die die Alltags- und Zielorientierung der Rehabilitation günstig bewerten, bewerten auch die Veränderung von Schmerzen und der Funktionskapazität günstig. Die Ziel- und noch mehr die Alltagsorientierung erweist sich insbesondere bedeutsam für Veränderungsbereiche, in denen eine Umstellung des Verhaltens und des Umganges mit Beschwerden erforderlich sind - also originär rehabilitative Zielbereiche. Die Ergebnisse werden im Hinblick auf ihre konzeptuellen und personellen Konsequenzen in der medizinischen Rehabilitation diskutiert.

Literatur

- Bürger, W., Dietsche, S., Koch, U., Nischan, O., Klosterhuis, H. (2004): Ambulante Rehabilitation im Spiegel der Nutzer - Ergebnisse zur Qualität der Regelversorgung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. *Die Rehabilitation* 43, 90-99.
- Nischan, O., Klosterhuis, H., Bürger, W. (2004): Die Qualität der Versorgung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation - Ergebnisse einer Patientenbefragung. *DAngVers* 50 (10): 486-492.

Entwicklung eines Screening-Instruments zur Feststellung des Bedarfs zur medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation bei MSK-Patienten

Streibelt, M., Dohnke, B., Müller-Fahrnow, W.

Charité Berlin, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung

Zur Identifikation eines Bedarfs an medizinisch beruflich orientierten Maßnahmen (MBO) in der medizinischen Rehabilitation existieren vielfältige Konzepte. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation stellte synoptisch zusammen, welche Kriterien am häufigsten für eine MBO-Problematik angeführt werden (BAR, 2000). Erste Untersuchungen zu Prädiktoren einer beruflichen Problematik wurden durchgeführt (Lehmann et al., 1993, Vendrig, 1999, Bürger et al., 2001). Eine vergleichbare einheitliche Systematik zur Vorhersage des MBO-Bedarfs in der medizinischen Rehabilitation fehlt jedoch bislang (BfA, 2003).

Ziele

Im Zentrum der vorliegenden Untersuchung steht die Identifikation von Kriterien, anhand derer eine MBO-Problematik bei Patienten festgestellt werden kann, und die Entwicklung eines

Screening-Instruments zur Identifikation des MBO-Bedarfs bei MSK-Rehabilitanden, schon vor der medizinischen Rehabilitation.

Methodik

Die Stichprobe entstammt einer randomisierten Verlaufsstudie zur Evaluation der medizinisch beruflichen Orientierung in der Klinik Niedersachsen in Bad Nenndorf. Im Zeitraum eines Jahres (August 2002 – Juli 2003) wurden 494 MSK-Patienten der LVA Westfalen zugewiesen. Typisch für eine Stichprobe aus der LVA-Grundgesamtheit ist der hohe Anteil an Männern (74 %). Das Durchschnittsalter liegt bei knapp 45,9 Jahren (SD=9,6). Es wird durch eine logistische Regression der Erklärungsanteil der Variablen geschätzt, die die größten Erklärungsanteile in der Zielvariablen zeigen. Zielvariable ist eine Kombination aus der Empfehlung „berufliche Leistung prüfen“ und der Einschätzung eingeschränkter Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben aus dem ärztlichen Entlassungsbericht der Gesetzlichen Rentenversicherung. Als potenzielle Prädiktoren werden vor Beginn der Maßnahme erfasste Variablen untersucht: Parameter der beruflichen Teilhabe (Arbeitslosigkeit, AU-Zeiten im letzten Jahr vor der Maßnahme, Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme), die subjektive Einschätzung zum Verhältnis Gesundheit und Beruf, die eigene berufliche Prognose für die Zeit nach der Rehabilitation, die Erwartungen bzgl. Klärung beruflicher Probleme in der medizinischen Rehabilitation und das Alter der Patienten.

Ergebnisse

Das logistische Regressionsmodell besitzt einen Erklärungsanteil von 56 %. Damit können 81 % der Patienten korrekt reklassifiziert werden. Im abschließenden Modell liegt das höchste Risiko einer MBO-Bedarfslage bei arbeitslosen Patienten und Patienten mit negativer beruflicher Prognose (jeweils 6,5faches Risiko), gefolgt von Patienten, die bei Aufnahme arbeitsunfähig sind (4faches Risiko), Patienten, die mehr als drei Monate im vorherigen Jahr krankgeschrieben waren (2,4faches Risiko) und Patienten mit niedrigerem Alter. Aus den Einzelrisiken lässt sich eine Wahrscheinlichkeitsskala „MBO-Bedarf“ konstruieren. Erste Validitätsanalysen dieser Skala mit bekannten Instrumenten zur Erfassung der funktionalen Gesundheit zeigen die erwarteten Zusammenhänge. Mit der Körperlichen Summenskala (SF-36) und der Einschätzung schmerzbezogener Beeinträchtigungen im Beruf (Pain Disability Index) werden Zusammenhänge von $r=0.40$ bzw. $r=0.52$ gemessen, mit Skalen psychischer Gesundheit (HADS Depressivität) $r=0.32$. Die Übereinstimmung mit einer klinikinternen Experteneinschätzung zum medizinisch beruflichen Bedarf beträgt über 80 %.

Diskussion

Es ist möglich, durch wenige, einfach zu erhebende Parameter den MBO-Bedarf von medizinischen Rehabilitanden schon vor Beginn der Maßnahme gut zu prognostizieren. Dies belegen die außergewöhnlich hohe Varianzaufklärung und die hohe Reklassifikationsquote. Dabei haben insbesondere sozialmedizinische Parameter und die berufliche Prognose hohe Vorhersagekraft. Dass die subjektive Einschätzung der beruflichen Zukunft ein sehr gutes prognostisches Maß ist, bestätigen frühere Studienergebnisse (Bürger et al., 2001). Die berechnete MBO-Bedarfsskala besitzt mittlere bis hohe Zusammenhänge mit bekannten Instrumenten der aktivitätsorientierten funktionalen Gesundheit sowie psychischer Beeinträchtigungen. Es werden die Einsatzmöglichkeiten einer solchen MBO-Bedarfsskala auf Klinik- und Kostenträgerebene diskutiert.

Schlussfolgerungen

Mit den vorgestellten Prädiktoren ist es möglich, einen relevanten MBO-Bedarf zu identifizieren. Insofern können die Prädiktoren als eine geeignete Grundlage zur Entwicklung einer Checkliste dienen. Weitere Validitätsprüfungen an Alternativstichproben sind unerlässlich. Dies wird an der Charité im Rahmen eines wissenschaftlichen Projekts – mit Unterstützung der Klinik Niedersachsen und der LVA Westfalen – geleistet. Ziel ist die Entwicklung eines Screening-Instruments, welches auf Klinik- und Kostenträgerebene zur MBO-Bedarfschätzung und -planung herangezogen werden kann.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, (Hrsg.) (2000): Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation. Bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. Bericht über die Expertentagung am 25. und 26. Januar 2000 in Würzburg. Frankfurt/M.
- Bundesversicherungsanstalt BfA (2003): Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Positionspapier.
- Bürger, W., Dietsche, S., Moorfeld, M., Koch, U. (2001): Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation – Ergebnisse und prognostische Relevanz. Die Rehabilitation 40, 217-225.
- Lehmann, T.R., Spratt, K.F., Lehmann, K.K. (1993): Predicting longterm disability in low back injured workers presenting to a spine consultant. Spine 18(8), 1103-1112.
- Vendrig, A.A. (1999): Prognostic factors and treatment-related changes associated with return to work in the multimodal treatment of chronic back pain. J Behav Med 22(3), 217-232.

Assessment von chronischer Erschöpfung und Relevanz für die Rehabilitation - Ergebnisse einer Literaturanalyse

Ostendorp, O., Muthny, F.A.

Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Münster

Einführung und Relevanz des Konstruktes in der Rehabilitation

Klinische Studien weisen auf hohe Prävalenzen insbesondere bei onkologischen, aber auch bei rheumatischen, neurologischen, kardiologischen und gastroenterologischen Erkrankungen hin. Somit liegt der Schluss nahe, dass Erschöpfungszustände in der Rehabilitation anzutreffen sind. Empirische Studien zeigen, dass Chronische Erschöpfung Einfluss auf viele Aspekte der Lebensqualität von Betroffenen hat, ein wesentlicher Risikofaktor für den Verlust von Selbständigkeit darstellt, Einfluss auf die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung hat, soziale Beziehungen der Patienten beeinträchtigt, Motivation und Aktivität herabsetzt. Zudem zeigen sich deutliche korrelative Zusammenhänge zwischen Fatigue und Variablen psychischer Befindlichkeit wie Angst und Depression. Fatigue muss daher als ein Risikofaktor für das Erreichen der Reha-Ziele, wie die Rückkehr zur Arbeit, Wiederherstellung von Lebensqualität und selbstständiger Lebensführung angesehen werden.

Assessment

Fatigue ist eine subjektive Erfahrung, die nicht mit objektiven Methoden zu messen ist. Einige Lebensqualitätsinstrumente enthalten einzelne Items oder eine Summenskala zur Erfassung von Fatigue. Der SF-36 enthält beispielsweise 4 Items, die das Ausmaß körperlicher Erschöpfung erfragen. In den letzten Jahren sind darüber hinaus eine Vielzahl von Instrumenten entwickelt worden, die ausschließlich das Ausmaß subjektiv erlebter Erschöpfung erfassen. Auch wenn heute die Ansicht vorherrscht, dass es sich bei Fatigue um eine vielschichtiges Konstrukt handelt, werden noch eindimensionale Instrumente aufgrund ihrer Ökonomie eingesetzt, diese erfragen allerdings inhaltlich mehrere verschiedene Fatigue-Aspekte, wie z. B. die Fatigue Assessment Scale (FAS) (Michielsen et al., 2003). Zweidimensionale Instrumente, wie die Fatigue Scale (FS) (Chalder et al., 1993) erfassen in der Regel das Ausmaß körperlicher und geistiger Fatigue-Symptome. Die meisten Instrumente werden heute jedoch mehrdimensional konstruiert. Über die beiden in fast allen Instrumenten beachteten Fatigue-Komponenten körperliche und geistige Erschöpfung hinaus finden sich Dimensionen, die entweder weitere Fatigue Komponenten z.B. emotionale Fatigue (z. B. Fatigue Assessment Questionnaire, Glaus et al., 2001) erfassen, oder die Schwere der Beeinträchtigung durch Fatigue abschätzen, oder Konsequenzen von Fatigue in den Bereichen Motivation, Aktivitätslevel, etc. thematisieren (z. B. Multidimensional Fatigue Inventory, MFI, Smets et al., 1995).

Diskussion, Schlussfolgerung und Empfehlung

Welches Fatigue-Instrument für das Assessment chronischer Erschöpfungszustände in der Rehabilitation am besten geeignet ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Eine Analyse der Dimensionalität bisher entwickelter Instrumente spricht dafür, die Aspekte körperliche und geistige Erschöpfung getrennt zu erfassen und zudem die Erschöpfung zu quantifizieren. Bei den übrigen Dimensionen, wie emotionale Erschöpfung, Motivation, soziale Beeinträchtigungen, sollten Überschneidungen zu verwandten Konstrukten wie Depression oder Motivation beachtet werden. Grundsätzlich empfiehlt sich der Einsatz eines mehrdimensionalen Instruments, welches neben guten psychometrischen Eigenschaften weit verbreitet sein sollte, um international vergleichende Forschung zu gewährleisten, wie zum Beispiel CF oder MFI. Das Referat versucht potentiellen Anwendern im Bereich der Rehabilitation Kriterien und Unterstützung zu geben.

Literatur

- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D., Wallace, E.P. (1993): Development of a Fatigue Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 37 (2), 147-153.
- Glaus, A. (1993): Assessment of fatigue in cancer and non-cancer patients and in healthy individuals. *Supportive Care in Cancer*, Vol. 1, 305-315.
- Smets, E.M.A., Garssen, B., Bonke, B., De Haes, C.J.M. (1995): The multidimensional Fatigue Inventory (MFI). Psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol.: 39, 315-325.

Schwierigkeiten von Patienten im Umgang mit Fragebögen zur Erfassung ihres Gesundheitszustands: Ergebnisse einer offenen Befragung

Meyer, T., Deck, R., Raspe, H.

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Institut für Sozialmedizin

Hintergrund

Fragebögen in der Rehabilitation haben zum Ziel, bestimmte Merkmale des Patienten valide zu erfassen. Auch wenn auf Seiten der Patienten ausreichende motivationale und kognitive Voraussetzungen vorliegen, können Merkmale der Fragebögen die Gültigkeit der Angaben einschränken. Im Rahmen einer Studie zur Gültigkeit von Selbstbericht-Angaben bei Rehabilitationspatienten (Meyer et al., 2004) wurden allgemeine und spezifische Probleme identifiziert, die Patienten mit verbreiteten Instrumenten zur Erfassung ihres Gesundheitszustandes haben.

Methodik

N=105 stationäre Reha-Patienten wurden in der Aufnahmephase mittels eines teilstrukturierten offenen Interviews in Anlehnung an Techniken des „kognitiven Surveys“ (Mittag et al., 2003) befragt. Es handelte sich um eine konsekutive Stichprobe aller Aufnahmen an zwei schleswig-holsteinischen Rehabilitationskliniken (Schwerpunkte: Orthopädie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen), die einen routinemäßig eingeführten klinikspezifischen Fragebogen zur Rehabilitation vor Aufnahme ausgefüllt hatten (Ausschluss-Kriterium:

Patienten in Anschluss-Rehabilitation). Die Auswertung stellt eine Deskription der Antworten auf der Basis inhaltsanalytisch gewonnener Kategorien aus dem Interviewmaterial dar. Die Stabilität der Antworten wurde durch eine Messwiederholungsuntersuchung im Sinne einer Test-Retest-Untersuchung überprüft. Untersucht wurden u.a.: die Funktionskapazität (FFbH-R, Kohlmann & Raspe, 1996), Depressivität und Ängstlichkeit (HADS, Hermann et al., 1995; ADS-K, Hautzinger & Bailer, 1993), Schmerzen sowie Fragen zu Rauchgewohnheiten und Alkoholkonsum.

Ergebnisse

Die Teilnahmequote der Patientenbefragung lag bei 95,5 % (105 von 110). An der Testwiederholung haben 77,1 % (81 von 105) dieser Befragten teilgenommen. Deutlich wurde bei den Befragten das Bedürfnis, ihre Situation bzw. ihr Krankheitsbild mit Hilfe des Instruments angemessen darzustellen. Ein zentrales Problem beim Einsatz der meisten Fragebögen ergab sich für Patienten mit zeitlich stark variierendem Beschwerdebild. Vor dem Hintergrund der in einigen Fragebogeninstruktionen vorgegebenen Referenzzeiträume (z.B. „in den letzten 7 Tagen“) standen die Patienten vor dem Problem, kein angemessenes Bild ihrer Erkrankung vermitteln zu können. Im Fragebogenteil zur Erfassung des Schmerzerlebens favorisierten die Patienten ein Schmerzmannequin, mit dem sie die Schmerzlokalisationen angeben konnten. Eine Skala von 0-100 zur Erfassung der Schmerzdauer mit zusätzlichen verbalen Anker erwies sich als ungeeignet. U.a. fand eine auch instruktionsbedingte Vermischung von Dauer und Intensität der Schmerzen statt. Generell hatten die Befragten deutlich mehr Schwierigkeiten mit visuellen oder nur numerischen im Vergleich zu verbalen Ratingskalen. Unsicherheiten bei der Beantwortung führten in einigen Fällen zur Tendenz zur mittleren Antwort. Angaben zur Schmerzanamnese empfanden die Befragten zwar mehrheitlich als einfach, die Wiederholungserhebung verwies jedoch auf deutliche Variation der Angaben, z. B. fand sich eine mittlere Differenz von 2,4 Jahren in der Angabe, seit wann die Schmerzen bestehen. Fragen zum seelischen Befinden (Depressivität, Ängstlichkeit, Katastrophisieren) wurden auf der einen Seite positiv als ein ganzheitliches Verständnis und Interesse von Seiten der Klinik verstanden, auf der anderen Seite als zu private Fragen, die die Klinik nichts angingen. Von einem Bias in Richtung geringerer Symptomausprägung ist auszugehen, u.a. wegen der Sorge, als psychisch auffällig eingestuft zu werden. Die Übereinstimmung der Ausgangswerte mit den Testwiederholungswerten betrug unter der Kontrolle möglicher Zufallsvariation (95 %-Konfidenzintervall auf der Basis der Ausgangsmessung) 85 % beim FFbH-R, 83 % (Ängstlichkeit) bzw. 93 % (Depressivität) bei der HADS, 75 % bei der ADS-K, 9 % bei der Somatisierungsskala der SCL90-R, 100 % beim Fragebogen zum Rauchverhalten. Angaben auf Einzelitemebene wiesen z.T. deutlich geringere Stabilitäten auf.

Diskussion

Insgesamt war die Gültigkeit der Fragen und Fragebögen, die möglichst nahe an den wahrgenommenen Problemlagen der Patienten lagen (z.B. FFbH-R) und an die Konzepte und Vorstellungen der Befragten angeknüpft haben (z.B. Schmerzmannequin), am positivsten zu bewerten. Die Erhebung erbrachte zahlreiche Hinweise auf Verbesserungsbedarf bei einzelnen Instruktionen, Formulierung von Items und auch der Antwortformate einzelner Fragebögen.

Schlussfolgerungen

Um zu belastbaren Aussagen auf der Basis von Fragebögen in der Rehabilitationsforschung zu kommen, sollte im Vorfeld der Erhebung sichergestellt sein, dass die Patienten die Instruktionen, Frageninhalte und Antwortformate wie intendiert verstehen.

Literatur

- Hautzinger, M., Bailer, M. (1993): Allgemeine Depressions Skala (ADS). Weinheim: Beltz.
- Hermann, C., Buss, U., Snaith, R.P. (1995): Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version. Testdokumentation und Handanweisung. Bern: Huber.
- Kohlmann, T., Raspe, H. (1996): Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). Die Rehabilitation 35: I-VIII.
- Meyer, T., Deck, R., Raspe, H. (2004): Beurteilung der Gültigkeit des Fragebogens zur Rehabilitation auf der Grundlage eines offenen Interviews mit Patienten/innen (Abschlussbericht). Unveröffentlichter Projektbericht.
- Mittag, O., Böhmer, S., Deck, R., Ekkernkamp, M., Hüppe, A., Kankainen, H., Raspe, A., Rappe, H. (2003): Fragen über Fragen: Das „cognitive survey“ in der Fragebogenentwicklung. Sozial- und Präventivmedizin 48: 55-64.

Therapieerleben bei vollstationären Patienten und ihren Angehörigen in der psychosomatischen Rehabilitation

Lind, A., Linden, M.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité und der Rehabilitationsklinik Seehof der BfA, Teltow/Berlin

Hintergrund

Im Rahmen eines Forschungsprojektes, das sich mit der Bedeutung des sozialen Netzes und des Wohnumfeldes in der vollstationären und teilstationären Rehabilitation psychosomatischer Patienten beschäftigte, stellte sich auch die Frage, wie die Patienten und ihre Angehörigen die Therapie wahrnehmen und erleben. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde der Therapieerleben-Fragebogen (TeF) entwickelt, der sowohl von Patienten als auch von Angehörigen beantwortet werden kann.

Methode

Im Rahmen der Hauptstudie wurde der Therapieerleben-Fragebogen mit 98 Items 285 Patienten und 151 Angehörigen vorgelegt. Die Stichprobe der Angehörigen setzte sich aus Ehepartnern (51%), Lebenspartnern (17%), Eltern (6%), Kindern (14%), Geschwistern (3%), Freunden (7%) und getrennt lebenden Ehepartnern (2%) zusammen.

Die ursprüngliche Version umfasste die Skalen: (1) Unterstützung durch die Therapie; (2) investierte Anstrengungen; (3) Unterstützung der Therapie; (4) Ablehnung und Misstrauen; (5) Hilflosigkeit; (6) allgemeine Einstellung gegenüber Psychotherapie; (7) Erwartungen und Hoffnungen; (8) Befürchtungen und Ängste; (9) Informiertheit; (10) Techniken, Methoden und Ziele; (11) Therapeut; (12) Therapieerfolg; (13) Beziehungen; (14) wahrgenommene

Rolle. Die Skalen werden durch insgesamt 98 Items abgebildet, die Antwortskala bestand aus einer 5-stufigen Likertskala (stimme voll und ganz zu – stimme überhaupt nicht zu).

Ergebnisse

Die faktorenanalytische Auswertung der Daten erfolgte für Patienten und Angehörige getrennt. Für beide Stichproben ergab sich jeweils eine 3-Faktoren-Struktur: Bei den vollstationären Patienten bildet der erste Faktor positive Effekte der Psychotherapie und eine positive persönliche Einstellung zu der Therapie ab. Der zweite Faktor umfasst die Bewertung des Therapeuten, während der dritte Faktor negative Effekte der Therapie, entstehende Belastungen und Ängste abbildet. Bei den Angehörigen reflektiert der erste Faktor Misstrauen und eine negative Einstellung gegenüber der Psychotherapie. Der zweite Faktor beschreibt positive Effekte der Psychotherapie auf Seiten des Angehörigen sowie eine positive Einstellung gegenüber Psychotherapie. Der dritte Faktor bildet die Involviertheit bzw. das Ausmaß des Einbezogeneins von Angehörigen in die Psychotherapie ab.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Therapieerleben von psychosomatischen Patienten und ihren Angehörigen mit Hilfe von drei Faktoren abbilden lässt. Dabei zeigen sich bei beiden Gruppen sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung von Psychotherapie. Beide Stichproben weisen einen Faktor auf, der eine positive Einstellung gegenüber der Therapie sowie die positiven Effekte reflektiert. Während dieser Faktor bei den Patienten an erster Stelle steht, nimmt er bei der Angehörigengruppe den zweiten Platz ein. Bei den Angehörigen beschreibt der Hauptfaktor Aspekte, die Misstrauen und eine negative Einstellung gegenüber der Therapie ausdrücken. Der Faktor „Bewertung des Therapeuten“ taucht nur in der Faktorenstruktur der Patienten auf, was darauf hinweist, dass die Person des Therapeuten für Angehörige eher nebensächlich ist, für Patienten jedoch von entscheidender Bedeutung. Für Angehörige scheint es darüber hinaus wichtig zu sein, inwieweit sie in die Therapie einbezogen werden und über Behandlungsschritte und Abläufe informiert sind.

Haus- und Familienarbeit: Ergebnisse zur geschlechtsspezifischen Belastung unter Berücksichtigung der Erwerbstätigkeit

Ströbl, V. (1), Meng, K. (2), Reusch, A. (2)

(1) AB Interventionspsychologie der Universität Würzburg,

(2) AB Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg

Hintergrund

Die Anforderungen, die in den Bereichen Beruf sowie Haushalt und Familie gestellt werden, unterscheiden sich in modernen Gesellschaften zwischen den Geschlechtern. Der Fragebogen zur Haus- und Familienarbeit (Worringen et al., 2001) erfasst systematisch den Leistungsbereich „Haushalt und Familie“ und stellt somit eine Ergänzung zu soziodemographischen Standardvariablen und Instrumenten zur Erfassung des Leistungsbereichs „Erwerbsarbeit“ im Bereich der Rehabilitationsforschung dar. In der vorliegenden Studie werden die

Ergebnisse einer Pilotstudie (Worringen et al., 2001) hinsichtlich der Leistungen von Frauen und Männern im Bereich Haus- und Familienarbeit an einer größeren Stichprobe validiert; zusätzlich wird der Faktor Erwerbstätigkeit berücksichtigt. Darüber hinaus werden Ergebnisse zur Belastung und Zufriedenheit durch Haus- und Familienarbeit sowie der Zusammenhang des Instruments mit anderen Skalen berichtet.

Methode

Im Rahmen von drei Projekten des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Bayern (B5, C2, C5) beantworteten 948 Personen den Fragebogen zur Erfassung von Haus- und Familienarbeit (Worringen et al., 2001) bzw. 1264 Personen die überarbeitete Version desselben (Worringen u. Benecke, 2001), die zusätzlich Items zu Beanspruchung und Zufriedenheit mit Haus- bzw. Familienarbeit enthält. 61,8 % der Gesamtstichprobe sind männlich (Alter: $M=48,6$; $s=8,3$). Die Mehrheit der Befragten lebt mit einem festen Partner zusammen und ist erwerbstätig. Während 98 % der Männer voll berufstätig sind, beträgt der Anteil bei den Frauen 60 %. Voll berufstätige Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in Bezug auf die berufliche Belastung. Hinsichtlich des multidimensionalen Gesundheitsstatus (HADS, SF-36, IRES 3.1) bestehen keine bedeutsamen Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht oder Erwerbstätigkeit.

Einige Auswertungen beziehen sich aufgrund der in den verschiedenen Projekten erhobenen Variablen (Version des HF, HADS, SF-36, IRES 3.1) nur auf einen Teil der Stichprobe.

Ergebnisse

Für die Erbringung von Haus- und Familienarbeit, den Zeitaufwand sowie die erhaltene Unterstützung bestätigen unsere Daten die Ergebnisse des Pilotprojektes (Worringen et al., 2001): signifikant mehr Frauen als Männer verrichten Hausarbeit (98 % vs. 70 %), im Gegensatz dazu wird Familienarbeit etwa gleich häufig von Frauen und Männern erbracht (61 % resp. 65 %). Sowohl im Bereich Hausarbeit als auch im Bereich Familienarbeit erhalten Frauen weniger Unterstützung als Männer und wenden täglich mehr Zeit dafür auf. Die genannten Unterschiede bleiben, mit Ausnahme der Unterstützung bei Familienarbeit, auch unter Berücksichtigung der Erwerbstätigkeit bestehen.

Frauen berichten eine höhere Beanspruchung durch und eine geringere Zufriedenheit mit der Haus- bzw. Familienarbeit als Männer, die auch kontrolliert für den Erwerbsstatus erhalten bleibt. Für beide Bereiche besteht für Frauen unabhängig von der Erwerbstätigkeit ein mittlerer Zusammenhang zwischen erbrachter Zeit und Beanspruchung, nicht jedoch zwischen erbrachter Zeit und Zufriedenheit; für Männer ergeben sich keine bedeutsamen Zusammenhänge.

Zum Zusammenhang mit anderen Skalen zeigt sich insgesamt eine mittlere Korrelation zwischen Beanspruchung und psychischer Gesundheit (z. B. HADS, SF-36); dieser Zusammenhang bleibt für die Gruppe der Erwerbstätigen sowie für nicht erwerbstätige Männer bestehen, für die Gruppe der nicht erwerbstätigen Frauen zeigt sich hingegen kein bedeutsamer Zusammenhang.

Zwischen der erbrachten Zeit für Haus- bzw. Familienarbeit und dem somatischen, funktionalen, psychischen und sozialen Gesundheitsstatus (IRES 3.1) bestehen nur geringe Korre-

lationen. Differenziert nach Geschlecht und Erwerbsstatus ergeben sich selektiv für vollberufstätige Frauen signifikante, mittlere Zusammenhänge.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zur Bewertung der Tätigkeiten im Bereich „Haus- und Familienarbeit“ zeigen, dass für Frauen eine aufwandsbezogene Beanspruchung besteht, während die Zufriedenheit unabhängig vom Zeitaufwand ist. Der Zusammenhang zwischen Haus- und Familienarbeit und Gesundheitsstatus differiert für erwerbs- und nicht erwerbstätige Frauen. Als Mediator für diese Befunde sind unterschiedliche soziale Rollen für Frauen und Männer denkbar, die in Zusammenhang mit Berufs- sowie Haus- und Familienarbeit stehen.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass mit dem HF ein kurzes Instrument vorliegt, das geeignet ist, Leistungen und Beanspruchung im Bereich Haus- und Familienarbeit zu erfassen, die insbesondere für Frauen einen relevanten Belastungsfaktor darstellen können. Die Berücksichtigung des Leistungsbereichs „Haus- und Familienarbeit“ erscheint für eine geschlechtssensitive Rehabilitationsforschung notwendig und kann Anregungen für die Bereitstellung spezifischer Angebote in der Rehabilitation liefern.

Literatur

- Worringen, U., Benecke, A., Gerlich, C., Frank, S. (2001): Erfassung von Haus- und Familienarbeit in der Rehabilitationsforschung. In: U. Worringen und C. Zwingmann (Hrsg.), Rehabilitation weiblich - männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung. Weinheim: Juventa.
- Worringen, U., Benecke, A. (2001): Fragebogen zur Haushalts- und Familienarbeit. Unveröffentlichter Fragebogen, Universität Würzburg.

Erfassung von Spiritualität/Religiosität als Ressource zur Bewältigung einer chronischen Erkrankung

Zwingmann, C. (1), Kohlmann, T. (2)

(1) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/Main, (2) Universität Greifswald, Greifswald

Neuere Forschungsergebnisse vor allem aus den USA legen die Schlussfolgerungen nahe, auch den Bereich „Spiritualität/Religiosität“ bei der Rehabilitation chronisch Kranker als Ressource zu nutzen (z. B. Fitchett et al., 1999) und ihn als gesonderten Aspekt bei der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu berücksichtigen (z. B. Brady & Peterman, 1999). Wegen der grundlegend anderen „religiösen Landschaft“ hierzulande dürfen diese Ergebnisse allerdings nicht einfach auf Deutschland übertragen werden, vielmehr sind eigene Studien erforderlich. Bisher liegen aus Deutschland erst wenige einschlägige Untersuchungen zur Spiritualität/Religiosität als Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vor (z. B. Mehnert et al., 2003; Müller et al., 2003).

Um weitere Studien zu erleichtern, nehmen wir in unserem Beitrag – nach einer Begriffsklärung, einem kurzen Überblick über den Forschungsstand – einen Vergleich zwischen Erhebungsinstrumenten zur Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vor, wobei wir deutschsprachige Skalen besonders beach-

ten (Kohlmann, 1998; Zwingmann, 2005). Nur in wenigen der etablierten multidimensionalen Assessmentinstrumente zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird Spiritualität/Religiosität als Komponente integriert (WHOQOL-100, FACIT; Kohlmann, 1998). Für die Erfassung von Spiritualität/Religiosität stehen aber mehrere Kurzinstrumente zur Verfügung, die mit herkömmlichen Lebensqualitätsfragebogen ökonomisch kombiniert werden können. Hier liegen inzwischen auch deutschsprachige Adaptationen bzw. Eigenentwicklungen vor, nämlich die Spiritual Well-Being Scale (SWBS), das Systems of Belief Inventory (SBI), der Fragebogen zum religiösen Erleben (FRE) und die Skala Transpersonales Vertrauen (TPV). All diesen Operationalisierungen ist gemeinsam, dass nicht – wie bei allgemeinen Religiositätsskalen – die Intensität des persönlichen Glaubens, sondern die Funktion des Glaubens als Hilfe bei der Krisen- und Krankheitsbewältigung in den Vordergrund gestellt wird (Zwingmann, 2005).

Bei der Auswahl eines Instruments ist – neben dem recht unterschiedlichen Stand der psychometrischen Validierung – auch zu berücksichtigen, ob die sprachliche Gestaltung der Items zur jeweiligen Zielpopulation passt. Neben sehr allgemeinen Iteminhalten, die auch von nichtreligiösen Personen akzeptiert werden dürften, finden sich Formulierungen, die – in christlich-jüdischer Tradition – den Glauben an einen (persönlichen) Gott voraussetzen. Problematisch bleibt die große Heterogenität, mit der Spiritualität/Religiosität gemessen wird.

Literatur

- Fitchett, G., Rybarczyk, B.D., DeMarco, G.A., Nicholas, J.J. (1999): The role of religion in medical rehabilitation outcomes: A longitudinal study. *Rehabilitation Psychology*, 44, 333-353.
- Kohlmann, T. (1998): Bedeutung der Religiosität in der Beurteilung der Lebensqualität durch Kranke. Vortrag im Rahmen der 16. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Ärzte, Rotenburg (Wümme), 9.-11. Oktober 1998.
- Mehnert, A., Rieß, S., Koch, U. (2003): Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung maligner Melanome. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24, 147-166.
- Müller, C., Körber, J., Huber, S., Murken, S. (2003): Religiosität als Bewältigungsressource – ein vernachlässigter oder vernachlässigbarer Faktor in der onkologischen Rehabilitation? In *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (DRV-Schriften, Bd. 52, 487-489)*. Frankfurt/Main: Herausgeber.
- Mytko, J.J., Knight, S.J. (1999): Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8, 439-450.
- Zwingmann, C. (2005): Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54, in Druck.

Validierung des Physiotherapeutischen Assessment - Studiendesign und erste Ergebnisse

Voigt-Radloff, S. (1), Schochat, T. (2), Schlennstedt, D. (1), Heiss, H.W. (1)

(1) Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Freiburg, (2) Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut, Bern

Einleitung

Es gibt derzeit in der Physiotherapie weder national noch international einen Konsens darüber, welcher ICF-Ebene physiotherapeutische Ziele zuzuordnen sind (Deutscher und Weltverband für Physiotherapie). Für die Ebene der Körperfunktionen existieren international zahlreiche physiotherapie-relevante Tests, die Physiotherapeuten in Deutschland aber nur begrenzt standardmäßig einsetzen. Auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation existiert kein generisches Instrument, das in der deutschen Physiotherapie zur Anwendung kommt. Daher haben das Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg des Universitätsklinikums und die Arbeitsgemeinschaft „Physiotherapeutisches Assessment“ in den Jahren 1996 bis 2000 ein Verfahren entwickelt, das die Bewegungsaktivitäten und die Wirkung von Funktionseinschränkungen bei Alltagsbewegung des Patienten erfassen soll (Dorfmueller et al., 1998). Das Physiotherapeutische Assessment (PA) ist ein ICF-orientiertes Fremdbeurteilungsverfahren für erwachsene Patienten. Dabei sollen die Physiotherapeuten Bewegungsaktivitäten, -funktionen und -störungen des Patienten systematisch eruiieren und dokumentieren. Zu Beginn und am Ende der Therapie werden die so gewonnenen Informationen einem vorgegebenen System von Domänen (Mobilität, Sensomotorik, Funktionelle Störungen und Spezifische neurophysiologische Störungen), Items und Schweregraden (4 Kategorien) zugeordnet. Das PA ist integraler Bestandteil eines Netzwerkes für abgestimmte therapeutische Assessmentverfahren (Voigt-Radloff und Heiss, 2003). Ziel der Studie war die Untersuchung der internen Konsistenz, Test-Retest- und Interrater-Reliabilität sowie der konkurrenten Validität und Responsivität des Physiotherapeutischen Assessment (PA) unter Routinenearbeitsbedingungen von Physiotherapeuten in Deutschland.

Methodik

38 Physiotherapeuten aus 20 Einrichtungen setzten das PA bei 390 konsekutiv behandelten Patienten vor und nach der Routineintervention ein. Ebenso führten die Therapeuten den Tinetti- und Five-Chair-Rising-Test durch. Die Patienten füllten den Funktionsfragebogen Hannover (FFbH-OA, Kohlmann et al., 1999) zu Beginn der Therapie und den SF-36 zu Beginn und am Ende der Therapie aus. Zur Überprüfung der Beurteilerübereinstimmung wurde das PA bei 47 zufällig ausgewählten Patienten von zwei Therapeuten unabhängig voneinander erstellt. Bei 44 zufällig ausgewählten Patienten wurde ein Retest durchgeführt.

Ergebnisse

Die interne Konsistenz war für die PA-Domänen Mobilität und Sensomotorik hoch (Cronbach alpha: 0,94 und 0,88), für die Domänen Funktionelle Störungen und Spezifische neurophysiologische Störungen mittelgradig (0,68 und 0,65). Der Pearson-Korrelationskoeffizient für die Test-Retest-Reliabilität war ebenfalls hoch (0,92 bis 0,95). Für die Beurteilerübereinstimmung war er zufriedenstellend (0,62 bis 0,91). Erwartungsgemäß fanden wir eine mittelgradige Korrelation zwischen den PA-Domänen und dem Tinetti-Test, dem FFbH und dem Five-Chair-Rising-Test. Unerwartet niedrig vielen die Korrelationen mit den Dimensionen des SF-36 aus. Bezüglich der Responsivität zeigten sich hohe Effektstärken im PA (Standardised Response Means von 0,78 bis 0,86, außer in der Domäne Spezifische neurophysiologische Störungen: 0,28). Sie waren meist höher als die Effektstärken in korrespondierenden Skalen (Tinetti-Test: 0,84; Five-Chair-Rising-Test: 0,61 und SF-36 Skala Körperliche Funktionen: 0,22).

Diskussion

In unserer Stichprobe sind alle wesentlichen Angebots- bzw. Organisationsformen der Physiotherapie vertreten, der ambulante Bereich aber eher unterdurchschnittlich. Diagnosehauptgruppen nach ICD und Schädigungsklassifikation nach ICF sind typisch und relevant für die Physiotherapie. Aufgrund hoher Bodeneffekte (73 % beste Kategorie) und nur mittelgradiger interner Konsistenz sollte die Domäne Spezifische neurophysiologische Störungen zukünftig nicht standardmäßig, sondern fakultativ nur für neurologische Patienten eingesetzt werden. Es ist zu prüfen, ob sich die Beurteilerübereinstimmung und die interne Konsistenz der Domäne Funktionelle Störungen verbessert, wenn das Item Schmerz (Item-zu-Skalen-Korrelation: $r = 0,29$) der Domäne Sensomotorik und das Item Schwindel ($r = 0,07$) der Domäne Mobilität zugeordnet wird.

Schlussfolgerung

Das PA ist ein standardisiertes reliables, valides und responsives Instrument für die Evaluation physiotherapeutischer Behandlung. Adaptationen zur Verbesserung der internen Konsistenz und der Beurteilerübereinstimmung sind zu empfehlen. Ebenso sollte in weiteren Analysen die Testgüte des PA bei spezifischen Alters- und Diagnosegruppen untersucht werden.

Literatur

- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF-36 - Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe Verlag.
- Dorfmueller-Kuechlin, S., Schlennstedt, D., Voigt-Radloff, S. (1998): Das Physiotherapeutische Assessment. Krankengymnastik-Zeitschrift für Physiotherapeuten, 1998: 1711-1723.
- Kohlmann, T., Richter, T., Heinrichs, K., Peschel, U., Kanhr, K., Kryspin-Exner, I. (1999): Entwicklung und Validierung des Funktionsfragebogens Hannover für Patienten mit Arthrosen der Hüft- und Kniegelenke (FFbH-OA).
- Raiche, M., Hebert, R., Prince, F., Corriveau, H. (2000): Screening older adults at risk of falling with the Tinetti balance scale. Lancet 16; 356 (9234):1001-2.
- Voigt-Radloff, S., Heiss, H.W. (2003): Abgestimmte therapeutische Assessmentverfahren: Entwicklungsstatus und Ergebnisse am Beispiel des Ergotherapeutischen Assessments. Neurol Rehabil 9: 280-285.

Eine empirische Strukturanalyse des IRES-Fragebogens Version 2 in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Indikation

Leonhart, R., Wirtz, M., Bengel, J.

Universität Freiburg, Institut für Psychologie, Abteilung für Rehabilitationspsychologie

Hintergrund und Fragestellung

Der Patientenfragebogen „Indikatoren des Reha-Status“ (IRES, Version 2, Gerdes, Jäckel, 1992, 1995) wird zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes in der medizinischen Rehabilitation eingesetzt. Die Struktur des IRES-Patientenfragebogens in der Version 2 orientiert sich an dem theoretischen Hintergrund der ICF und baut auf dem Theoriemodell der Rehabilitation auf (Gerdes, Weis, 2000). Hierbei wird der Reha-Status unterteilt in die drei Dimensionen somatischer Status, funktionaler Status und psychosozialer Status gemessen. Jeder dieser Dimensionen liegen jeweils zwei Subdimensionen zugrunde. Obwohl sich das Theoriemodell der Rehabilitation und somit auch die Struktur des IRES-Patientenfragebogens vom theoretischen Standpunkt aus gut stützen lassen, konnten bisherige Analysen die faktorielle Struktur des IRES-Fragebogens nur teilweise bestätigen (Zwingmann, 2002). Einerseits zeigten psychometrische Reanalysen problematische Verteilungen einzelner Skalen auf, während andererseits bedeutsame Outcome-Unterschiede zwischen verschiedenen rehabilitationstypischen Subgruppen bei diesem generischen Messinstrument Hinweise auf Gruppenunterschiede aufzeigen. Somit erlauben möglicherweise differenzielle Analysen in Abhängigkeit von verschiedenen Moderatorvariablen wie Alter, Geschlecht und Indikation die Bestätigung der Fragebogenstruktur in einzelnen Subgruppen. Auch scheint ein Vergleich der Strukturen zwischen den Subgruppen notwendig zu sein.

Methodik

Im Rahmen einer Meta-Analyse auf Primärdatenbasis wurden die Fragebogendaten von 8600 Patienten der stationären Rehabilitation aus verschiedenen Studien zusammengefasst. Aufgrund der Stichprobengröße konnte diese Gesamtstichprobe in Abhängigkeit von Alter, Geschlechtszugehörigkeit und Indikation in zwölf verschiedene Subgruppen mit für statistische Analysen ausreichender Gruppengröße unterteilt werden.

Ergebnisse

Innerhalb dieser Subgruppen konnte über confirmatorische Faktorenanalysen ein Strukturmodell für den IRES-2-Patientenfragebogen bestätigt werden. Allerdings differiert diese neue Struktur von der ursprünglich vorgeschlagenen Struktur des IRES-Fragebogens (siehe Gerdes, Jäckel, 1995). Einige Items mussten ausgeschlossen werden. Auch mussten zwei ursprüngliche Dimensionen des IRES („Schmerzen, Symptome“ und „psychische Belastung“) in jeweils zwei neue Faktoren unterteilt werden. Zwischen den zwölf Subgruppen lassen sich mit Hilfe von Multigruppenvergleiche signifikante Strukturunterschiede zwischen Männern und Frauen, Indikationen sowie jüngeren und älteren Patienten bestätigen. Von der Gesamtvarianz kann zwischen 53,1 % und 62,6 % innerhalb der verschiedenen Subgruppen erklärt werden.

Diskussion

Der notwendige Ausschluss von verschiedenen Skalen zur Findung eines passenden Modells hat möglicherweise verschiedene Gründe. Einige dieser Skalen hatten Decken- beziehungsweise Bodeneffekte, welche schon bei Zwingmann (2002) kritisch diskutiert wurden. Andere Skalen konnten aufgrund zu hoher Korrelationen nicht in das statistische Modell integriert werden.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Aufgrund der gefundenen unterschiedlichen Strukturen innerhalb der zwölf Subgruppen ist beim Einsatz des IRES-2-Patientenfragebogens in der medizinischen Rehabilitation primär die Interpretation der Skalenwerte zu empfehlen. Besonders bei einem Vergleich von verschiedenen Patientengruppen scheint die Interpretation des Gesamtsummenwerts (Reha-Status) oder der drei Dimensionswerte („somatischer Status“, „funktionaler Status“, „psycho-sozialer Status“) nicht ratsam zu sein.

Literatur

- Gerdes, N., Jäckel, W.H. (1992): „Indikatoren des Reha-Status (IRES)“ - Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und -erfolg. *Die Rehabilitation*, 31, 73-79.
- Gerdes, N., Jäckel, W.H. (1995): Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. *Die Rehabilitation*, 34, S. XIII-XXIV
- Gerdes, N., Weis, J. (2000): Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel, U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S. 41-68). Berlin: Springer.
- Zwingmann, C. (2002): Der IRES-Patientenfragebogen. Psychometrische Reanalysen an einem rehabilitationsspezifischen Assessmentinstrument. Regensburg: Roderer.

Vergleich der Änderungssensitivität von generischen Patientenfragebogen - Ergebnisse einer prospektiven Studie

Igl, W. (1), Zwingmann, C. (2), Faller, H. (1)

(1) Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, (2) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung, Frankfurt am Main

In der Rehabilitation werden im Rahmen evaluativer Studien häufig Patientenfragebogen zu mehreren Messzeitpunkten eingesetzt, um auf der Grundlage von Prä-Post-Differenzen die Effekte von Rehabilitationsmaßnahmen aus Patientensicht zu erfassen. Dies kann nur gelingen, wenn die verwendeten Fragebogenskalen in der Lage sind, Veränderungen über die Zeit abzubilden, d.h. wenn es sich um änderungssensitive bzw. responsive Instrumente handelt.

Im vorliegenden Beitrag sollen empirische Ergebnisse einer prospektiven, vergleichenden Studie bezüglich dieser Testkriterien für die im deutschsprachigen Raum am häufigsten eingesetzten Patientenfragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität berichtet werden. Zu diesen Fragebogen gehören der SF-36, der IRES-3 sowie ausgewählte Skalen der SCL-90-R. Die so gewonnenen Kennwerte können als Entscheidungshilfe für die

Auswahl von Fragebogenskalen zum Einsatz in rehabilitationsbezogenen Evaluationsstudien verwendet werden.

In der Literatur werden unterschiedliche Operationalisierungen für Änderungssensitivität bzw. Responsivität vorgeschlagen (Schuck, 2000, Schuck, Zwingmann, 2003, Stratford et al., 1996, Zwingmann, 2002). Einfache Ansätze beruhen auf einem Eingruppen-Design mit (mindestens) zwei Messzeitpunkten (t1: Reha-Beginn, t2: Reha-Ende, Katamnese-Zeitpunkte möglich). Methodisch angemessenere Kennwerte können in einem Eingruppen-Design mit (mindestens) drei Messzeitpunkten unter Vorschaltung einer interventionsfreien Baseline-Phase ermittelt werden (t0: vor Reha-Beginn, t1: Reha-Beginn, t2: Reha-Ende, Katamnese-Zeitpunkte möglich).

In der vorliegenden Studie wurden an insgesamt 16 Rehabilitationskliniken sowohl an orthopädischen/ rheumatologischen Patienten (NOR=514) als auch an kardiologischen Patienten (NK = 384) Fragebogendaten erhoben (Nges=898). Die Patienten beantworteten die drei Fragebogen bei einer Vorerhebung drei bis vier Wochen vor Reha-Beginn, bei Reha-Beginn, bei Reha-Ende und bei einer Nacherhebung drei Monate nach Beendigung der Rehabilitation (Eingruppen-Design mit vier Messzeitpunkten). Zu jedem Zeitpunkt füllten die Patienten alle drei Fragebogen aus, wobei die Reihenfolge der Fragebogen kontrolliert wurde.

Es werden standardisierte Effektstärken (ES) der Änderungssensitivität (standardized effect size SES, standardized response mean SRM, Guyatt's responsiveness index GRI) für Eingruppen-Designs mit (mindestens) zwei Messzeitpunkten (SES, SRM) und mit (mindestens) drei Messzeitpunkten einschließlich einer interventionsfreien Baselinephase (GRI) berechnet. Außerdem wird – wie von Schuck, Zwingmann (2003) vorgeschlagen – der relative Anteil der Patienten mit reliabler Veränderung zur Beurteilung herangezogen.

Für die meisten Skalen bzw. zusammenfassende Indizes des SF-36, des IRES-3 sowie die erhobenen Skalen der SCL-90-R resultieren SES-, SRM- und GRI-Kennwerte im mittleren bis hohen Bereich für den Veränderungszeitraum zwischen Reha-Beginn und Reha-Ende (Igl et al., 2004). Die Effektstärken und der relative Anteil der Patienten mit reliabler Veränderung zeigen dabei ein ähnliches Profil. Im Allgemeinen liegen die GRI-Werte höher als die SRM-Werte, wobei die Koeffizienten der SES meist niedriger als die anderen Effektstärken ausfallen. Für den SF-36 ergeben sich bei orthopädischen/rheumatologischen Patienten hinsichtlich der körperlichen Summenskala (KSK) Kennwerte für die Effektstärken (SES, SRM, GRI) in einem mittleren bis hohen Bereich (ESKSK = [0.48;0.75]), wobei die Koeffizienten für die psychische Summenskala (PSK) etwas höher liegen (ESPSK = [0.55;0.89]). Bei kardiologischen Patienten zeigt die KSK im Vergleich zu orthopädischen/ rheumatologischen Patienten niedrigere Änderungssensitivität (ESKSK = [0.31;0.46]), was jedoch nicht für die PSK gilt (ESPSK = [0.64;0.92]). Der IRES-3 erfasst mit dem globalen Veränderungsscore („Kleiner Reha-Status“) Veränderungen sowohl für die Orthopädie und Rheumatologie (ESVS=[0.85;1.65]) als auch für die Kardiologie (ESVS=[0.85;1.40]) hoch änderungssensitiv. Auch die Kennwerte für die Dimensionen „Somatische Gesundheit“, „Schmerz“, „Psychisches Befinden“ und „Krankheitsverhalten“ liegen im oberen Bereich der Änderungssensitivität (ESDim=[0.60;1.49]). Die Effektstärken der Skalen „Somatisierung“, „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“ der SCL-90-R liegen sowohl für die Indikationen Orthopädie und Rheumatologie als auch für die Kardiologie homogen in einem mittleren bis oberen Bereich

der Änderungssensitivität (ES=[0.39;0.70]). Weitere Vergleiche der Änderungssensitivität einzelner Skalen werden berichtet.

Insgesamt kann der Schluss gezogen werden, dass die überwiegende Zahl der Skalen dieser generischen Fragebogen zur Messung von Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Kontext der Rehabilitation geeignet ist. Bei vergleichender Betrachtung der Änderungssensitivität der untersuchten Instrumente scheint der IRES-3-Fragebogen im Allgemeinen den anderen Instrumenten überlegen zu sein.

Literatur

- Igl, W., Schuck, P., Zwingmann, C., Faller, H. (2004): Änderungssensitivität generischer Lebensqualitätsfragebogen - Ergebnisse der verbundübergreifenden Reanalyse. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Selbstkompetenz: Weg und Ziel der Rehabilitation - vom 8. bis 10. März 2003 in Düsseldorf (DRV-Schriften, Bd. 52, 37-38). Frankfurt am Main: Herausgeber.
- Schuck, P. (2000): Designs und Kennziffern zur Ermittlung der Änderungssensitivität von Fragebogen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 9, 125–130.
- Schuck, P., Zwingmann, C. (2003): The 'smallest real difference' as a measure of sensitivity to change: a critical analysis. International Journal of Rehabilitation Research, 26, 2, 85-91.
- Stratford, P.W., Binkley, J.M., Riddle, D.L. (1996): Health status measures: strategies and analytic methods for assessing change scores. Physical Therapy, 76, 1109–1123.
- Zwingmann, C. (2002): Der IRES-Patientenfragebogen. Psychometrische Reanalysen an einem rehabilitationsspezifischen Assessmentinstrument. Regensburg: Roderer.

Validitäts- und Änderungssensitivitätsprüfung eines Funktionstests zur Erfassung der aktiven Schulterflexion

Wollmerstedt, N. (1), Böhm, D.T. (1), Kirschner, S. (2), Köhler, M. (1), König, A. (3)

(1) Orthopädische Universitätsklinik König-Ludwig-Haus, Würzburg, (2) Orthopädische Klinik der Technischen Universität Dresden, (3) Klinik für Orthopädie, Klinik am Eichert, Göppingen

Einleitung

Eine vergleichende (auch internationale) Ergebnisanalyse operativer und rehabilitativer Maßnahmen erlangt einen immer größeren Stellenwert. Nach Ausweitung operativer Maßnahmen im Bereich der oberen Extremität sind hier weitere Instrumente von Interesse. Der hier vorgestellte Schulterfunktionstest ist ein neues Instrument zur Erfassung der aktiven Schulterflexion. Er berücksichtigt sowohl die benötigte Zeit als auch das Bewegungsausmaß des Patienten. Obwohl bislang viele verschiedenen Scores vorgestellt wurden, ist der Zeitfaktor ungeachtet seiner erheblichen Bedeutung im täglichen Leben bislang noch nicht mit in die Funktionsuntersuchung eingegangen. Der Gesamtfunktionalität der Schulter wird es daher nicht gerecht, wenn lediglich das Ausmaß der Bewegung oder die maximale Kraft erhoben wird. Die Anwendung des Funktionstest Schulter ist sowohl für den klinischen Routinealltag als auch für klinische Studien gedacht. Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Überprü-

fung der Eignung des Schulterfunktionstests an operativ versorgten Patienten mit Rotatorenmanschettendefekt.

Patienten und Methode

Bei 45 Patienten mit operativ versorgtem Rotatorenmanschettendefekt wurden der Schulterfunktionstest, Constant Score, (Constant, 1991), SF-36 (Bullinger & Kirchberger, 1998), Funktionseinschätzung und Schmerzangaben der Patienten und die Funktionsfähigkeit nach Arzteinschätzung in einer prospektiven Studie erfasst. Erhoben wurden folgende Kennwerte: Konstrukt- und Kriteriumsvalidität, known groups validity und die Änderungssensitivität.

Ergebnisse

Der Schulterfunktionstest korreliert zu allen vier Messzeitpunkten (präoperativ, 3, 6 und 12 Monate nach der Operation) meist signifikant mit dem Constant-Score ($r = -0.47$ bis $r = -0.62$) und dem SF-36 ($r = -0.26$ bis $r = -0.61$) als Ausdruck der Konstruktvalidität. Funktionseinschätzung des Arztes ($r = 0.36$ bis $r = 0.54$), Funktionseinschätzung des Patienten ($r = 0.38$ bis $r = 0.59$) und Schmerzangabe der Patienten ($r = 0.34$ bis $r = 0.61$) korrelieren überwiegend signifikant mit dem Schulterfunktionstest als Hinweis auf Kriteriumsvalidität. Weiterhin ist es anhand des Schulterfunktionstests möglich zwischen der zur Operation anstehenden Schulter und der Gegenseite zu unterscheiden (known groups validity). Die Effekte zur Erfassung der Änderungssensitivität steigen über die Messzeitpunkte hinweg konstant an und sind klein bis mittelgroß.

Diskussion

Sowohl für den Versuchsleiter als auch die Patienten erwies sich die Durchführung des Schulterfunktionstest als unkompliziert und einfach. Es werden nur kurze Anweisungen benötigt, die für alle Patienten leicht umzusetzen waren. Die Testdurchführung dauert im Schnitt ca. fünf Minuten. Zu beachten ist allerdings, dass für die Durchführung dieses Tests medizinisches Personal benötigt wird. Wenn gleichwohl der Constant Score in der Arztversion erhoben wird, bedarf es keiner bedeutenden Anstrengungen, den Schulterfunktionstest ebenfalls durchzuführen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Der Schulterfunktionstest stellt ein praktikables, valides und änderungssensitives Instrument zur Erfassung der Schulterfunktionsfähigkeit dar. Es wird empfohlen neben den routinemäßig eingesetzten Scores den Schulterfunktionstest zu erheben, um eine tatsächlich umfassende Einschätzung der Schulterfunktion zu erhalten. Sein Anwendungsgebiet liegt in der zusätzlichen Erfassung der Schulterfunktion anhand eines Zeit-Quotienten. Der Schulterfunktionstest soll zukünftig auch international mit Standarddaten von Gesunden und auch verschiedenen Krankheitsgruppen verglichen werden können, denn eine entsprechende Normierungsstudie hierzu läuft und die Daten werden Ende 2004 erwartet. Nähere Informationen zum Schulterfunktionstest können auf unserer Homepage eingeholt werden: www.smfa-d.de.

Literatur

- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Hogrefe: Göttingen.
Constant, C.R. (1991): Schulterfunktinsbeurteilung. Orthopäde 20 (5): 289-294.

Die Änderungssensitivität von präferenzbasierten Indexinstrumenten und generischen Profilinstrumenten bei Rehabilitationspatienten mit einer muskulo-skelettalen, psychosomatischen oder Herz-Kreislauf-Erkrankung

Moock, J. (1), Kohlmann, T. (1), Drüner, K. (2), Besch, D. (2), Grunze, M. (3)

(1) Institut für Community Medicine, Universität Greifswald, (2) Rehabilitationsklinik Göhren der LVA Sachsen-Anhalt, (3) Dünenwald Klinik Trassenheide

Hintergrund und Ziel

Im Rahmen rehabilitationswissenschaftlicher Evaluationsstudien kann die Änderungssensitivität für die Auswahl eines geeigneten Instrumentes zur subjektiven Beurteilung gesundheitsbezogener Lebensqualität ein wichtiges Kriterium sein, wenn Änderungen im Zeitverlauf erhoben werden sollen. In der Rehabilitationsforschung etablierte Instrumente sind der Nottingham Health Profile (NHP) und der SF-36. Diese Profilinstrumente bilden die gesundheitsbezogene Lebensqualität auf mehreren Subskalen ab. Im Gegensatz dazu werden im Rahmen von gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien präferenzbasierte Messinstrumente eingesetzt, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität nicht als Profil, sondern als einen eindimensionalen Indexwert abbilden. Dieser subjektive Nutzwert einer Behandlungsmaßnahme kann dann den entsprechenden Kosten gegenüber gestellt werden. In deutscher Sprache liegen hierfür verschiedene Instrumente vor: der Short Form – 6 Dimensions (SF-6D), der EuroQol-Fragebogen (EQ-5D), der 15D-Fragebogen, der Health Utility Index Mark 2 (HUI Mark 2) und die Quality of Well Being Scale self-administered (QWB-SA). Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, ob der hohe Aggregationsgrad der Indexinstrumente im Vergleich zu etablierten Profilinstrumenten, wie dem NHP und dem SF-36, Auswirkungen auf die Änderungssensitivität hat.

Methoden

Zu zwei Messzeitpunkten (Beginn und Ende der Rehabilitationsmaßnahme) wurden initial 361 stationäre Rehabilitationspatienten (N=130 Orthopädie, N=96 Psychosomatik und N=135 Herz-Kreislauf) befragt. Das Befragungsinstrument umfasste alle oben genannten Messinstrumente. Zur Ermittlung der Änderungssensitivität wurde für die Instrumente die standardisierte Mittelwertdifferenz (Standardized Response Mean, SRM) berechnet.

Ergebnisse

Die Änderungssensitivität der Indexinstrumente lag in der Indikationsgruppe Orthopädie zwischen 0,17 (QWB-SA) und 0,56 (15D, SF-6D), in der Psychosomatik zwischen 0,02 (QWB-SA) und 0,64 (SF-6D) und bei den Herz-Kreislaufkrankungen zwischen 0,17 (QWB-SA) und 0,57 (15D). Unterschiede zwischen den Indikationsgruppen bei der Erfassung von Änderungen im Zeitverlauf zeigten sich beim EQ-5D (0,25 Orthopädie, 0,14 Psychosomatik, 0,30 Herz-Kreislauf) und beim HUI Mark 2 (0,46 Orthopädie, 0,24 Psychosomatik und 0,32 Herz-Kreislauf). Die Änderungssensitivität der sechs NHP Skalen lag zwischen 0,08 (soziale Isolation) und 0,37 (Energie) in der Indikationsgruppe Orthopädie, zwischen 0,06 (soziale Isolation, physische Mobilität) und 0,36 (Emotion) in der Psychosomatik und zwischen 0,00 (Soziale Isolation) und 0,26 (Schmerz) bei den Herz-Kreislaufkrankungen. Für die acht

SF-36 Skalen lagen die SRMs bei den muskulo-skelettalen Erkrankungen im Bereich von 0,17 (körperliche Rollenfunktion) und 0,56 (Vitalität), bei der Psychosomatik zwischen 0,25 (soziale Funktionsfähigkeit) und 0,63 (Vitalität) und bei den Herz-Kreislaufkrankungen zwischen 0,17 (körperliche Rollenfunktion) und 0,56 (Psychisches Wohlbefinden).

Schlussfolgerungen

Insbesondere mit dem SF-6D und dem 15D lassen sich in allen drei Gruppen von Rehabilitationspatienten Änderungen im Zeitverlauf abbilden. Der HUI Mark 2 ist bei Patienten mit einer muskulo-skelettalen Erkrankung änderungssensitiv und der EQ-5D, allerdings auf geringem Niveau, bei Herz-Kreislaufkrankungen. Im Vergleich zu den Einzelskalen des NHP und des SF-36 sind der 15D und der SF-6D ähnlich oder stärker änderungssensitiv.

Illness Perception Questionnaire-Revised - Erste psychometrische Analysen der deutschen Version im Kontext der Rehabilitation

Glattacker, M. (1), Farin, E. (1), Bengel, J. (2), Jäckel, W.H. (1, 3)

(1) Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, (2) Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, (3) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Hintergrund

Viele Studien aus dem Rehabilitationsbereich beschäftigen sich mit der Frage, welche patientenseitigen Variablen Prädiktoren des Outcomes einer Rehabilitationsmaßnahme darstellen. Hierbei werden neben soziodemographischen und medizinischen auch psychologische Variablen untersucht. Ein Konstrukt, dessen Relevanz bezüglich verschiedener Outcomeparameter durch aktuelle Studienergebnisse untermauert wird, stellen die subjektiven Krankheitskonzepte von Patienten dar (Weinman & Petrie, 1997). Mit dem Illness Perception Questionnaire (IPQ) liegt ein Erhebungsinstrument vor, das die subjektiven Krankheitskonzepte auf der theoretischen Basis des Selbstregulationsmodells von Leventhal (2001) erstmals quantitativ erfasst. Der im englischen Sprachraum seit Mitte der 90er Jahre etablierte Fragebogen wurde 2002 revidiert (IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002) und an der Universität Zürich ins Deutsche übersetzt (Gaab et al., 2002). Im folgenden Beitrag werden erste Ergebnisse zu psychometrischen Eigenschaften des deutschen IPQ-R in der stationären onkologischen und gastroenterologischen Rehabilitation präsentiert.

Methodik

Der IPQ-R erfasst mit 64 Items und neun Skalen die von Leventhal postulierten Attribute der kognitiven Repräsentation von Krankheit: Krankheitsidentität, Zeitverlauf, Konsequenzen, Persönliche Kontrolle, Behandlungskontrolle, Kohärenz, Zyklisches Auftreten, Emotionale Repräsentation und Ursachen. Die psychometrischen Analysen des vorliegenden Beitrags umfassen Aspekte der Reliabilität (Interne Konsistenz) sowie der Validität (Konstruktvalidität und konkurrente Kriteriumsvalidität). Zur Konstruktvalidierung kommen mit den subjektiven Krankheitskonzepten in Zusammenhang stehende Konstrukte zum Einsatz (Depressivität/Ängstlichkeit, Selbstwirksamkeit, Optimismus, Besorgnisneigung). Zur Prüfung der konkurrenten Kriteriumsvalidität werden die subjektiven Krankheitskonzepte von Akutpatienten einer Stichprobe der Rehabilitationspatienten, die hinsichtlich Alter, Geschlecht und Schulabschluss gemacht wurden, gegenübergestellt.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst N=837 konsekutiv aufgenommene Patienten aus vier onkologischen und zwei gastroenterologischen Rehabilitationseinrichtungen. Messzeitpunkt war der Rehabilitationsbeginn. Die Patienten sind im Mittel 62,6 Jahre alt (SD=12,0). Die Stichprobe besteht zu 59 % aus Frauen, knapp zwei Drittel der Patienten sind verheiratet, 54 % der Pati-

enten haben Hauptschulabschluss. 78 % der Patienten sind nicht erwerbstätig, wobei knapp zwei Drittel dieser Patienten Altersrentenempfänger sind. Entsprechend der Indikationen sind bösartige Neubildungen der Brustdrüse/der weiblichen Genitalorgane, bösartige Neubildungen der Prostata, Typ-II-Diabetes sowie nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis/sonstige Krankheiten des Darmes die häufigsten Hauptdiagnosen. Eine Auswertung hinsichtlich der Praktikabilität/Akzeptanz des IPQ-R zeigt einen Prozentsatz fehlender Werte bezüglich der Einzelitems und Skalen zwischen 2,2 und 7,6 % (ohne Symptom-Items). Die interne Konsistenz der Skalen (Cronbach's Alpha) liegt zwischen .70 und .86, bezüglich der Skala „Behandlungskontrolle“ wird mit .58 ein inakzeptabler Wert erzielt, weshalb im Folgenden die Skala aus den Analysen ausgeschlossen wird. Die Skala „Persönliche Kontrolle“ weist mit Werten über -.5 (Schiefe) eine rechtssteile Verteilung auf, die übrigen Skalen sind angenähert normalverteilt (Schiefe und Kurtosis). Decken- und Bodeneffekte treten bei keiner Skala auf. Die Interkorrelationen zwischen den Skalen liegen zwischen .02 und .46, die Korrelationen zwischen den IPQ-R-Skalen und den zur Konstruktvalidierung herangezogenen Konstrukten mit Werten bis .55 weisen ein inhaltlich plausibles Muster auf. Die Ergebnisse zur konkurrenten Kriteriumsvalidität zeigen, dass die subjektiven Krankheitskonzepte der Rehabilitanden sich in allen Skalen außer „Konsequenzen“ und „Persönliche Kontrolle“ in erwarteter Richtung von denen der Akutpatienten unterscheiden.

Diskussion

Die Überprüfung der Akzeptanz des IPQ-R, der internen Konsistenz sowie von Aspekten der Validität ergeben befriedigende bis gute Ergebnisse. Die Rechtsschiefe der Skala „Persönliche Kontrolle“ deutet darauf hin, dass die Rehabilitanden die Kontrollierbarkeit der Erkrankung durch eigenes Verhalten als eher stark wahrnehmen. Nach den bisherigen Ergebnissen stellt der Fragebogen ein relativ ökonomisches Instrument dar, um die subjektiven Krankheitskonzepte von Patienten zu erfassen und deren Bedeutung im Hinblick auf das Outcome einer Rehabilitationsmaßnahme zu untersuchen.

Literatur

- Gaab et al., (2002): Deutsche Übersetzung des IPQ-R (unveröffentlichtes Manuskript), Universität Zürich.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A., Cameron, L. (2001): Representations, Procedures, and Affect in Illness Self-Regulation: A Perceptual-Cognitive Model. In Baum, A., Revenson, T.A., Singer, J.E. (Hrsg.), *Handbook of Health Psychology*, 19-48. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Moss-Morris, R., Weinman, J.A., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L. Buick, D. (2002): The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- Weinman, J.A., Petrie, K.J. (1997): Illness Perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (2), 113-116.

Entwicklung und Validierung eines strategischen Planspiels zur Messung von Planungskompetenz in der Beruflichen Rehabilitation

Arling, V., Spijkers, W.

Institut für Psychologie, RWTH-Aachen

Hintergrund

Planungskompetenz als Fähigkeit, hinsichtlich zweck- und zielgerichteten Planens und Handelns relevante Aspekte zu erkennen und entsprechend zu berücksichtigen, hat für Alltag und Berufsleben eine große Bedeutsamkeit (vgl. Funke und Fritz, 1995). Entsprechend breit ist das Interesse im arbeitspsychologischen wie klinischen Kontext an Diagnoseinstrumenten. Insbesondere im Rahmen der Beruflichen Rehabilitationspsychologie sind derartige Messverfahren im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement bzw. im Kontext von Kompetenzmessverfahren hinsichtlich der Eignung von Rehabilitanden für spezifische Berufe bzw. Umschulungen (Reha-Assessment) von Relevanz. In diesem Sinne wird am Institut für Psychologie der RWTH Aachen in der Abteilung Berufliche Rehabilitation mit dem „Tour-Planer“ ein Planspiel zur Messung von Planungskompetenz entwickelt.

Methode

Bei dem Planspiel „Tour-Planer“ handelt es sich um einen visualisierten Postkorb. Der Spieler hat die Aufgabe, unter Berücksichtigung verschiedener Vorgaben (z. B. Öffnungszeiten und Eintrittspreise), mit Unterstützung durch ein Spielbrett, eine Sightseeing-Tour durch eine fiktive Stadt zu planen. Nach Ablauf einer bestimmten Zeitspanne ist der Spieler angehalten, dem Spielleiter die entsprechende Route mitzuteilen. Das inhaltliche bzw. theoretische Verständnis des Konstruktes „Planungskompetenz“ orientiert sich an der Nomenklatur von Funke und Glodowski (1990). Entsprechend werden im Tour-Planer zur Erfassung des Konstruktes Aspekte wie Randbedingungen und Abfolgen erkennen, Zwischenzielbildung und Verfügbarkeit von Alternativen umgesetzt. Mittels einer Konstrukt- und Kriteriumsvalidierung wurde der Tour-Planer daraufhin überprüft, inwiefern er Planungskompetenz valide misst. Für die Kriteriumsvalidierung wurde der Büro-Test von Marschner (1981) als Verfahren zur Erfassung von praktisch-anschaulichem Denken, Kombinations- und Organisationsfähigkeit im kaufmännisch-verwaltungsmäßigen Bereich eingesetzt. Dieser wurde mittels des Intelligenzmessverfahrens IST-2000R (Amthauer et al., 2001) verankert (vgl. Abb.1). Im Sinne

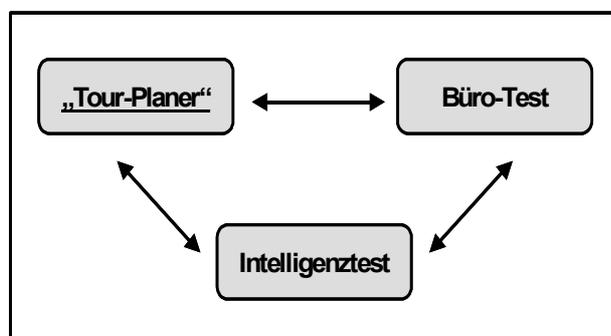


Abb. 1: Validierungsdreieck

der Kriteriumsvalidierung wurde erwartet, dass (a) die Leistungen der Probanden im „Tour-Planer“ und im Büro-Test einander entsprechen und dass (b) ein Zusammenhang zwischen

Büro-Test und IST-2000R besteht. Eine Konstruktvalidierung mit dem Konstrukt Intelligenz wurde aufgrund der Beziehungen zwischen Planen, komplexem Problemlösen und Intelligenz vorgenommen (z. B. Süß, 1999). Die Untersuchungsstichprobe setzte sich aus 42 RehabilitandInnen zusammen, die aktuell eine Umschulung im bürokaufmännischen Bereich im Berufsförderungswerk Michaelshoven (Köln) absolvierten.

Ergebnisse

Die Annahmen werden weitestgehend durch die Ergebnisse (vgl. Abb. 2) bestätigt. Es stellte

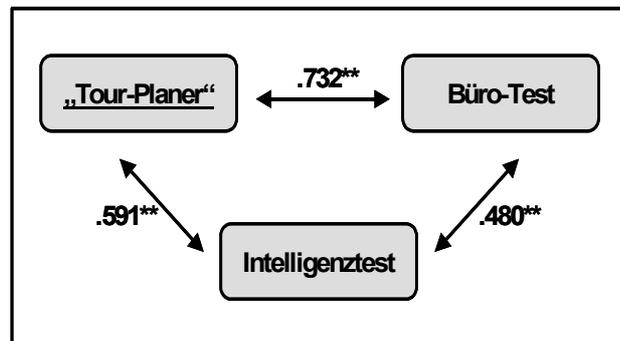


Abb. 2: Ergebnisse im Validierungsdreieck

sich (a) heraus, dass das Planspiel im Sinne der Kriteriumsvalidierung mit einer hochsignifikanten Korrelation von $.732^{**}$ einen deutlich ausgeprägten Zusammenhang mit dem Büro-Test aufweist, (b) dass das Planspiel im Sinne der Konstruktvalidierung mit einer hochsignifikanten Korrelation von $.591^{**}$ gemeinsame Varianz mit dem Konstrukt Intelligenz aufweist und (c) dass die Leistung im Büro-Test im Sinne der methodischen Verankerung (und erneuten Überprüfung) des Büro-Tests mit dem IST-2000R korreliert.

Diskussion

Der hohe Zusammenhang zwischen Tour-Planer und Büro-Test weist darauf hin, dass der Tour-Planer Planungskompetenz (im bürokaufmännischen Sinne) misst. Dieses Ergebnis kann aufgrund der deutlichen Zusammenhänge beider Verfahren mit dem IST-2000R als methodisch abgesichert betrachtet werden. Darüber hinaus ist der Zusammenhang zwischen Büro-Test und Tour-Planer höher als jeweils zum IST-2000R. Letzteres ist ein Hinweis darauf, dass beide Verfahren zwar mit Intelligenz zu tun haben, aber ihre Beziehung zueinander nicht ausschließlich darüber zu erklären ist, was die Annahme eines eigenständigen Konstruktes „Planungskompetenz“ unterstützt.

Ausblick

Die vorgestellten Ergebnisse sprechen dafür, dass sich der „Tour-Planer“ als Messinstrument für Planungskompetenz eignet. Entsprechende Ergebnisse liegen ebenfalls für den Feten-Planer vor, der als Parallelinstrument zum Tour-Planer entwickelt wurde, um eine Verlaufsdagnostik in Form von Prä-Post-Messungen im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen zu ermöglichen. Aktuelle Untersuchungen zu Arbeitsgedächtnis, Merkfähigkeit und der Fähigkeit Regelhaftigkeit zu erkennen bemühen sich um eine Spezifizierung des in den Planspielen umgesetzten Konstruktes.

Literatur

- Amthauer, R., Brocke, B., Liepmann, D., Beauducel, A. (2001): Intelligenz-Struktur-Test 2000R. Göttingen: Hogrefe.
- Funke, J., Fritz, A.M. (1995): Über Planen, Problemlösen und Handeln. In: Funke, J., Fritz, A.M. (Hrsg.). Neue Konzepte und Instrumente zur Planungsdiagnostik (1-45). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Funke, J., Glodowski, A.S. (1990): Planen und Problemlösen: Überlegungen zur neuropsychologischen Diagnostik von Basiskompetenzen beim Planen. Zeitschrift für Neuropsychologie, 2, 139-148.
- Marschner, G. (1981): Büro-Test. Verfahren zur Untersuchung der praktisch kaufmännischen Anstelligkeit für Büroarbeiten (2., ergänzte und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Süß, H.M. (1999): Intelligenz und komplexes Problemlösen. Psychologische Rundschau, 50 (4), 220-228.

Qualitätssicherung in der neurologischen Rehabilitation: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung von Patientenzufriedenheit und gesundheitlichen Effekten

Bühner, M. (1), Romero, S. (1), Momtazi, R. (2), Sackmann, A. (2)

(1) Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Psychologie, (2) Neurologische Fachklinik Hilchenbach

Einleitung

Die Bearbeitung von generischen Fragebögen (z.B. IRES, Gerdes & Jäckel, 1992) ist für neurologische Patienten wegen der Länge (Anzahl der Fragen/Ausfülldauer), der Komplexität (wechselndes Frage- und Antwortformat, schwere Identifikation der zahlreichen unterschiedlichen Therapiebereiche), der Darstellung (sehr kleine Schriftgröße) und der inhaltlichen Generalität (einzelne Qualitätsaspekte sind nicht für alle Rehabilitationen gleich) problematisch. Gravierender noch ist, wie Bühner et al. (2002) am Beispiel von Aufmerksamkeitsstörungen zeigen konnten, dass neurologische Patienten nur relativ ungenau eigene Defizite beurteilen können. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, einen Fragebogen für die speziellen Erfordernisse von neurologischen Patienten zu entwickeln und für diesen Fragebogen Validitätsbelege zu sammeln (z.B. Fremdbeurteilungen). Es wurde darauf geachtet, dass der Fragebogen die gängigen Bereiche der Patientenzufriedenheit (Neugebauer & Porst, 2001) und der Ergebnisqualität (Raspe & Kohlmann, 1998) abdeckt: Zufriedenheit Arzt, Zufriedenheit Pflegepersonal, Zufriedenheit Hotelleistungen und Zufriedenheit Therapien, Ergebnisqualität (eine Skala, retrospektiv erfasst). Damit neurologische Patienten den Fragebogen einfach bearbeiten können, wurden verhaltensverankerte Ratingskalen, Hilfsanker in Form von Prozentangaben sowie eine große Schriftgröße verwendet.

Methodik

Die Stichprobe bestand aus N = 101 Rehabilitanden (37 Prozent der Patienten in Phase C, 63 Prozent in Phase D) einer neurologischen Fachklinik im Alter von M = 63 Jahren (SD = 13), davon waren 49 Prozent Frauen. Die Patienten erzielten folgende Schulabschlüsse:

62.2 Prozent Volks- bzw. Hauptschule, 19.4 Prozent Realschule, 18.4 Prozent Abitur. Es fand eine Vollerhebung der Patienten innerhalb eines Entlassungszeitraums von 13 Wochen statt. Daneben wurden Fremdbeurteilungen von 40 Angehörigen erfasst sowie der erweiterte Barthel-Index vom Pflegepersonal der Klinik erhoben.

Ergebnisse

Eine exploratorische Hauptkomponentenanalyse mit Promax-Rotation (Komponentenextraktion: Eigenwert > 1) ergab eine Struktur analog zu den intendierten Bereichen: Zufriedenheit Arzt, Zufriedenheit Pflegepersonal, Zufriedenheit Hotelleistungen (2 Skalen) und Zufriedenheit Therapien, wobei die Skalen gering korrelierten ($r < .30$). Die Korrelationen der Skalen Patientenzufriedenheit und gesundheitliche Effekte zwischen Patienten und Angehörigen lagen zwischen ($r = .37$ bis $r = .63$, $p \leq .05$). Die Korrelationen zwischen dem erweiterten Barthel-Index (EBI) von Prosiegel et al. (1996) und dem Patientenurteil zu den gesundheitlichen Effekten betrug $r = .35$ ($p < .001$), die Korrelation zwischen dem EBI und dem Angehörigenurteil fiel tendenziell höher aus ($r = .48$, $p < .001$).

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass es gelungen ist, einen spezifischen Fragebogen zur Qualitätssicherung in der neurologischen Rehabilitation zu konstruieren. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Selbsteinschätzungen von Patienten bezüglich der Patientenzufriedenheit und Ergebnisqualität valide sind.

Literatur

- Bühner, M., Schmidt-Atzert, L., Richter, S., Grieshaber, E. (2002): Selbstbeurteilungen der Aufmerksamkeit: Ein Vergleich zwischen Hirngeschädigten und Gesunden. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 13, 263-269.
- Gerdes, N., Jäckel, W.H. (1992): „Indikatoren des Reha-Status (IRES)“ - Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und -erfolg. *Die Rehabilitation* 34, 14-24.
- Neugebauer, B., Porst, R. (2001): Patientenzufriedenheit - Ein Literaturbericht. *ZUMA-Methodenbericht*, 7/2001.
- Prosiegel, M., Böttger, S., Schenk, T., König, N., Marolf, M., Vaney, C., Garner, C., Yassouridis, A. (1996): Der erweiterte Barthel-Index (EBI) - eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurologische Rehabilitation*, 1, 7-13.
- Raspe, H., Kohlmann, T. (1998): Ergebnisevaluation in der Klinik: Probleme der „Outcomes“-Messung in der medizinischen Rehabilitation. In: Ruprecht, T. (Hrsg.): *Experten fragen - Patienten antworten, Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.

Entwicklung eines einfachen Fragebogens zur Erfassung der Ergebnisqualität von Prävention und Rehabilitation (EFEQ)

Schacht, C. (1), Müller, H. (2), Eckert, H. (2), Resch, K.L. (2)

(1) Westsächsische Hochschule Zwickau (FH) Fachbereich Gesundheits- und Pflegewissenschaften, (2) Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft Bad Elster (FBK)

Hintergrund

Die Bedeutung von Ergebnisqualitätsmessung im Bereich der Rehabilitation nimmt kontinuierlich zu. Zum einen hat der Gesetzgeber mit der am 01.04.2004 in Kraft getretenen Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V eine regelmäßige interne Prozess- sowie Ergebnismessung und -bewertung aus der Perspektive der Patienten festgelegt. Zum anderen werden Informationen über Qualität im Gesundheitswesen von Kostenträgern und Patienten eingefordert. Für beide Seiten werden in naher Zukunft Fragen zu Therapieerfolgen im Mittelpunkt stehen, um eine hohe Versorgungsqualität zu vertretbaren Kosten zu gewährleisten. Mit dem IRES steht ein differenziertes wissenschaftliches Instrument zur Beurteilung des Rehabilitationserfolgs zur Verfügung (Farin, Gerdes et al., 2003), das jedoch bei der Berücksichtigung des individuellen Reha-Bedarfs mittels „zielorientierter Ergebnismessung“ (ZOE) methodische Probleme aufwirft (Zwingmann, 2003) und gleichzeitig durch die hohe Zahl an Items kaum routinemäßig eingesetzt werden kann. Zielsetzung war daher die Entwicklung eines für die Routine-Qualitätssicherung geeigneten Fragebogens, mit dem sich Veränderungen im Bereich der subjektiv empfundenen Beschwerden und der von den Patienten erlebten Einschränkungen ihrer privaten und beruflichen Leistungsfähigkeit sowie der Lebensqualität erfassen lassen. Dabei sollten zentrale Dimensionen der internationalen Klassifikation von Funktionen ICF (WHO 2001) Berücksichtigung finden.

Methoden und Patienten

Bereits vorhandene deutsch- und englischsprachige Assessmentinstrumente wurden zunächst auf ihre Eignung für die Routine-Qualitätssicherung geprüft. Wenngleich mit Instrumenten wie z. B. den COOP-Charts (Bronfort and Bouter, 1999) auch einfache, gut evaluierte generische Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität zur Verfügung stehen, so berücksichtigen sie den individuellen Reha-Bedarf und neuere klassifikatorische Entwicklungen in der Rehabilitation wie die ICF nicht ausreichend. Deshalb wurde auf der Basis bereits erfolgreich evaluierter Lebensqualitätsfragebogen in einem mehrstufigen Diskussions-, Konstruktions- und Evaluationsprozess ein neuer Fragebogen entwickelt, der den oben genannten Kriterien genügen sollte. In zwei Pilot-Untersuchungen wurden insgesamt 14 Patienten (6 Männer, 8 Frauen) aus zwei Kliniken mit einem mittleren Alter von 59 Jahren (Range: 39 bis 77 Jahre) mittels eines halbstrukturierten Interviews zur Verständlichkeit, zum Inhalt und zu den Antwortformaten befragt.

Ergebnisse

Der EFEQ wurde in einer Change-Version (für die direkte Ergebnismessung) und einer State-Version (für die indirekte Ergebnismessung) entwickelt. In der State-Version umfasst der

EFEQ 8 quantitative Items (allgemeiner Gesundheitszustand, Beschwerdeausprägung, Alltagsaktivitäten, Mobilität, soziale Kontakte, Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und allgemeine Lebensqualität) und 3 Fragen zu Beschwerden, Beeinträchtigungen im Alltag und Zielen der Rehabilitation in freiem Antwortformat. Sechs der acht quantitativen Items, die 6-7-stufig erfragt werden, ergeben einen Globalscore der Lebensqualität. Am Ende der Rehabilitation und bei Follow-Ups können die Rehabilitanden zusätzlich quantifizieren, inwiefern die Rehabilitation ihre persönlichen Ziele verwirklicht hat. In den Pilotuntersuchungen betrug die Bearbeitungszeit im Durchschnitt 11 Minuten (Range: 5 bis 17 Minuten). Alle Items wurden von den Befragten als relevant empfunden und die abstrakten Begriffe wie „Alltagsaktivität“, „Mobilität“, „soziale Kontakte“, „Leistungsfähigkeit“, „Wohlbefinden“ und „Lebensqualität“ konnten von den Patienten zutreffend definiert werden. Bei der Wahl des Antwortformates wurden 6- bis 8-stufige Skalen von den meisten Patienten (65 % der Befragten) im Vergleich mit einfacheren und differenzierteren Antwortformaten vorgezogen, was üblichen Empfehlungen entspricht (Cox 1980).

Schlussfolgerung

Der EFEQ als äußerst einfaches Routine-Instrument zur Erfassung der von den Rehabilitanden wahrgenommenen Ergebnisqualität kann problemlos in ein bestehendes Qualitätsmanagementsystem integriert werden. Die Vorzüge liegen in der geringen Itemzahl, der hohen Akzeptanz und der Verständlichkeit, die sowohl eine kontinuierliche Erhebung, die (schnelle) Auswertung der Ergebnisse und deren Darstellung für den Laien erleichtern.

Literatur

- Bronfort, G., Bouter, L.M. (1999): Responsiveness of general health status in chronic low back pain: a comparison of the COOP Charts and the SF-36. *Pain* 83(2): 201-209.
- Cox, E.P. (1980): The optimal number of response alternatives for a scale: A review." *Journal of Marketing Research* 17: 407-422.
- Farin, E., Gerdes, N. et al. (2003): "Qualitätsprofile" von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Gesundh ökon Qual manag* 8: 191-204.
- WHO (2001): ICF International classification of functioning, disability and health.
- Zwingmann, C. (2003): Zielorientierte Ergebnismessung (ZOE) mit dem IRES-Patientenfragebogen: Eine kritische Zwischenbilanz. *Rehabilitation (Stuttg)* 42(4): 226-35.

Neuer Patientenfragebogen für das interne Qualitätsmanagement der Paracelsus-Kliniken - testtheoretische Ergebnisse für ein intern einsetzbares Komplement zu den externen Inventaren

Müller-Fahrnow, W. (1), Spyra, K. (1), Erhart, M. (2)

(1) Charité Universitätsmedizin Berlin, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung, (2) Robert-Koch-Institut, Berlin

Hintergrund und Problemstellung

Patientenbefragungen sind ein wichtiges Instrument sowohl der externen QS wie auch des internen QM. Nachdem sich bisher in beiden Bereichen die Instrumentenentwicklung weit-

gehend unabhängig voneinander vollzogen hat, besteht nunmehr eine zunehmende Tendenz zu integrierten Konzepten. Forciert werden diese Tendenzen nicht zuletzt durch die neuen trägerübergreifenden Vereinbarungen zur Ausgestaltung der gesetzlichen Regelungen des § 20 Abs. 1 SGB IX (BAR, 2003). Danach sind künftig alle Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, ein umfassendes internes Qualitätsmanagement aufzubauen, das mindestens alle zwei Jahre extern überprüft und bewertet werden muss. Ein wesentliches Strukturmerkmal des internen QM ist dabei die Patientenorientierung. Bisher fehlt ein wissenschaftlich begründetes und evaluiertes Konzept für eine integrierte Instrumentenentwicklung zur Patientenbefragung im Rahmen der externen und internen QS. Während die externen QS-Instrumente im Bereich der Gesetzlichen Renten- (VDR, 2000) und Krankenversicherung (GKV 2004) einem hohen methodischen Standard entsprechen, ist das für die intern eingesetzten Instrumente bisher nicht zu beobachten. Die Schnittstelle von interner und externer Patientenbefragung ist ebenfalls unzureichend untersucht. Das führt zu Effektivitäts- und Effizienzverlusten. Im Rahmen der Konzeptentwicklung für einen strukturierten Qualitätsbericht wurde für die Rehabilitationskliniken der Paracelsusgruppe der bisher eingesetzte interne Fragebogen zu Patientenzufriedenheit evaluiert, modifiziert und erprobt. Konzeptionelles Ziel war die Entwicklung eines Fragebogens für das interne QM, der dem methodisch neuesten Erkenntnisstand entspricht und für den komplementären Einsatz zu den externen Befragungen geeignet ist.

Methodik

(1) Unter Berücksichtigung gesicherter Standards der Testtheorie und -konstruktion für Patientenbefragungen im allgemeinen und für die Rehabilitandenbefragung im Rahmen der externen Qualitätssicherung der gesetzlichen Rentenversicherung im besonderen wurde ein intern einsetzbarer Instrumentensatz für die Kliniken der Paracelsusgruppe entwickelt. Er enthält analog zu den extern eingesetzten Instrumenten zwei Grundvarianten: eine für den somatischen und eine für den psychosomatischen Indikationsbereich. Der Fragebogen enthält neben soziodemografischen Angaben zum Patienten einige Items zur Patientenzufriedenheit mit ausgewählten Strukturmerkmalen der Klinik (bspw. Ausstattung), vor allem jedoch Fragen zur Zufriedenheit mit Prozessaspekten (nach Leistungsgruppen zusammengefasste therapeutische Leistungen, Organisation etc.) sowie einige Items zur direkten Messung der Ergebnisqualität. Der Fragebogen ist für die schriftliche Befragung am Ende der Rehabilitation konzipiert. (2) Die psychometrischen Eigenschaften des neu entwickelten Patientenfragebogens wurden für alle von Mitte Mai bis Mitte August 2004 entlassenen Patienten (N= 1000 aus 2 psychosomatischen und 2 somatischen Rehabilitationskliniken) getestet. Neben dem Prozentsatz an Auslassungen sowie der Lage und Streuung der Antwortverteilungen wurde der Anteil von Antworten in der obersten und untersten Antwortkategorie ermittelt. Die Trennschärfe der Items wurde für die einzelnen Themenbereiche mittels korrigierter Item-Total Korrelation bestimmt, die interne Konsistenz und Reliabilität durch Cronbach's alpha berechnet (Lienert & Ratz, 1998). Die Auswertungen erfolgten sowohl für die einzelnen Kliniken als auch über die gesamte Stichprobe sowie getrennt für Frauen und Männer.

Ergebnisse

Der Prozentsatz an Antwortauslassungen variierte je nach Themenbereich und lag über die Kliniken im Mittel bei unter 6 % pro Item. In der Regel nutzten die Befragten die Bandbreite der vorgegebenen Antwortkategorien gut aus, die Boden- und Deckeneffekte der meisten Items waren akzeptabel. Die Items der einzelnen Themenbereiche wiesen bis auf wenige Ausnahmen eine ausreichende Trennschärfe über .40 auf, die interne Konsistenz der Itembeantwortung erreichte hohe Cronbach's alpha Werte bis .94 (Nunnally & Bernstein, 1994). Die mittlere Lage der Itemantworten unterschied sich für einige Fragebogeninhalte zwischen den Kliniken.

Diskussion

Nach den vorliegenden testtheoretischen Ergebnissen können die Items der einzelnen Themenbereiche zu psychometrisch robusten Skalen und Indices aggregiert werden, die eine reliable Erfassung der zu messenden Aspekte ermöglichen. Die über die unterschiedlichen Kliniken und deren verschiedenen Patientengruppen ermittelten guten Testgütekriterien ermöglichen den Einsatz des Fragebogens in verschiedenen Patientenpopulationen. Diese Resultate und die zwischen den Kliniken gemessenen Unterschiede in der durchschnittlichen Itembeantwortung deuten auf die Brauchbarkeit des Instrumentes für klinikübergreifende Vergleiche hinsichtlich der allgemeinen Bewertung der Rehabilitation, der generellen Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Beeinträchtigungen sowie der Beurteilung genereller Rehabilitationsaspekte und verschiedener struktureller Klinikmerkmale aus der Patientenperspektive hin. Auf Grundlage der hohen Übereinstimmung mit den extern eingesetzten Instrumenten kann der neu entwickelte Fragebogen perspektivisch dazu beitragen, die Schnittstelle von interner und externer QS zu optimieren. Das heißt u.a.: ergänzender Einsatz von interner Befragung am Ende der Rehabilitation und externer Nachbefragung, klinikspezifische Analyseaspekte zur Aufhellung externer Klinikunterschiede etc. Besondere Vorteile des Verfahrens sind die zeitlich schnelle Verfügbarkeit der klinikrelevanten Befragungsergebnisse und die klinikvergleichende Bewertungsmöglichkeit.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Weiterer Forschungs- und Entwicklungsbedarf besteht hinsichtlich weiterer Analysen zur Dimensionalität und Validität des Instrumentes sowie der Anwendbarkeit in anderen Rehabilitationskliniken. Der nach testtheoretischen Ergebnissen modifizierte Fragebogen kann ab Januar 2005 routinemäßig im Rahmen des internen QM in den Paracelsus-Kliniken eingesetzt werden. Er kann die Verwendung von speziellen Instrumenten zur Evaluation der Ergebnisqualität von Rehabilitationsmaßnahmen nicht ersetzen. Er ist vor allem für die Ermittlung der Patientenzufriedenheit als Indikator für die Prozessqualität im Rahmen des internen und externen QM geeignet.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2003): Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX (27. März 2003), 3.
Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (2004): <http://www.qs-reha.de>.
Lienert, G.A., Ratz, U. (1998): Testaufbau und Testanalyse (6. Auflage). Weinheim: Beltz.
Nunnally, J.C., Bernstein, I.R. (1994): Psychometric Theory (3. Auflage). New York, NY: McCraw-Hill.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000): Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation - Instrumente und Verfahren. Deutsche Rentenversicherung, DRV-Schriften, Band 18.

Core-sets zur manualmedizinischen Diagnostik der unteren Wirbelsäule bei Patienten mit „low back pain“

Conradi, S. Smolenski, U.C., Bak, P.

Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität, Institut für Physiotherapie

Einleitung

Spezifische Tests bilden eine Grundlage der manualmedizinischen Diagnostik und der daraus resultierenden Therapie. Diese Tests werden vor allem hinsichtlich der formellen Testgüte unterschiedlich bewertet. Ziel einer vorangegangenen Studie war es, wichtige manualmedizinischen Techniken auf deren Reliabilität hin zu überprüfen. Nur mit dem Erfüllen der Gütekriterien ist es möglich, geeignete Core-Sets zur Diagnostik bei Low Back Pain-Patienten zu erstellen.

Material und Methoden

Bei dieser Studie handelt es sich um eine prospektive, kontrollierte, randomisierte Studie mit 150 Probanden. Die Reliabilität der Befunde wird mit Hilfe der Kappa- und γ -Statistik berechnet. In einer Zusammenhangsanalyse werden die Globalurteile mit den einzelnen Tests korreliert und Einflussgrößen auf die Globalurteile herausgearbeitet.

Ergebnisse

Einen nachweisbar signifikanten Einfluss hat die Bewertung der Funktionseinschränkung in L5 bei Anteflexion. Einen minderen, aber immer noch deutlichen Einfluss hat die Beurteilung der Funktionseinschränkung in L4 ebenfalls in Anteflexion, die Symmetriebewertung in Seitneige und der segmentale Federungsschmerz in L5. Kein signifikanter Zusammenhang konnte zwischen Umfang und Harmonie der Bewegung in Seitneige, den Irritationspunkten, dem Schmerz bei globaler und segmentaler Federung in L4 gefunden werden.

Einfluss auf die Beurteilung der SIG hat nachweisbar der Hebe-Test. Weiterhin haben die Tests Vorlauf, Spine und die Funktionsbeurteilung aus dem Kreuzgriff einen deutlichen Einfluss auf die Globalbeurteilung. Keinen nachweislich signifikanten Einfluss haben die Irritationspunkte, der Patrick-Test und die Schmerzangabe aus dem Kreuzgriff.

Diskussion

Trotz mäßiger Reliabilität haben zwei Tests, Symmetriebewertung des Seitneige-Tests und Funktion von L4 bei Anteflexion, wesentlichen Einfluss auf das Globalurteil zur Funktionsstörung der LWS. Lediglich die Funktionsbeurteilung der L5 bei Anteflexion weist gute Reliabilität (Kappa 0.6) auf. Bei der SIG-Funktionsbeurteilung hat kein schmerzdedektierender Test Einfluss, lediglich Funktionstests haben hier Prädiktion. Dies ist aufgrund der guten Reliabilität des Patrick-Tests (Kappa 0.66) erstaunlich, da die Funktionstests nur mäßige bis schlechte Reliabilitäten aufweisen.

Schlussfolgerung

Aufgrund der Tatsache, dass die Prädiktion einer Funktionsbeurteilung nicht gut mit der Reproduzierbarkeit der verwendeten Tests korreliert, muss über die Erstellung, die Durchführung und das kontinuierliche Training geeigneter Core-Sets nachgedacht werden.

Literatur

Kokmeyer et al. (2002): Reliabilität eines Mehr-Test-Systems für SIG-Schmerz-Tests.

Patijn: Reproducibility and Validity Studies, FIMM-Protocol.

Conradi, S, Smolenski, U.C. et.al: Untersuchung zur Reliabilität der manualmedizinischen Tests bei Low Back Pain (LBP) Patienten Teil I: Problemstellung und Konsensfindung.

Optimierung des Patientenfragebogens zur Erfassung der Rehabilitationsmotivation (PAREMO)²

Herwig, J.E. (1), Kriz, D. (2), Wirtz, M. (1), Töns, N. (1), Nübling, R. (2), Bengel, J. (1)

(1) Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, (2) Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen (eqs.-Institut), Karlsruhe

Hintergrund

Der Motivation des Patienten, d.h. der Bereitschaft, sich aktiv und adäquat an dem Behandlungsgeschehen zu beteiligen, wird als wichtiger Prädiktor für den Erfolg einer Behandlung angesehen (Nübling et al., 2004). Um eine systematische Erfassung der Rehabilitationsmotivation zu ermöglichen, wurde von Hafen et al. (2001) der Patienten-Fragebogen zur Erfassung der Rehabilitationsmotivation (PAREMO) entwickelt. In einer zweiten Entwicklungsphase wurde der PAREMO überarbeitet und verbessert (Töns et al., 2003), in der dritten Entwicklungsphase wird der PAREMO zurzeit weiter optimiert. Ziel der Optimierung ist es, die diskriminante Validität der erfassten Konstrukte zu erhöhen und die Anzahl der Items zu reduzieren. Darüber hinaus wird der PAREMO für die Indikationsgebiete Orthopädie, Kardiologie, Onkologie, Psychosomatik und Pneumologie normiert und es werden die Konstruktvalidität, Retest-Reliabilität und prädiktive Gültigkeit des Fragebogens überprüft. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Testoptimierung berichtet.

Methodik

Bislang wurden 2749 Rehabilitanden zu Beginn ihrer Rehabilitationsmaßnahme mithilfe des PAREMO befragt. Die Daten von 2591 Rehabilitanden konnten in die Analysen aufgenommen werden. Die befragten Rehabilitanden sind im Mittel 50.3 Jahre alt (SD=13.3), 49 % der befragten Personen sind männlich. Die Analyse der Daten erfolgte in mehreren Schritten: Zunächst wurden Missing Data Analysen durchgeführt und die Schwierigkeitsindizes der Items berechnet. Anschließend wurde der Datensatz per Zufall in drei Analysestichproben aufgeteilt. Die erste Teilstichprobe diente dazu, die Struktur des Fragebogens mittels explorativer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) zu

² Ein Projekt des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg/Bad Säckingen, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Deutsche Rentenversicherung.

bestimmen. Anhand der zweiten Teilstichprobe wurde die gefundene Struktur konfirmatorisch mit dem Analyseprogramm AMOS (Arbuckle & Wothke, 1999) überprüft und die Anzahl der Items reduziert. Die dritte Substichprobe diente zur Kreuzvalidierung der ermittelten Struktur. Abschließend wurden Reliabilitätsanalysen für die Gesamtstichprobe durchgeführt

Ergebnisse

Aufgrund zu niedriger Schwierigkeiten mussten zwei Items aus den Analysen ausgeschlossen werden. In der explorativen Faktorenanalyse wurden sechs Faktoren extrahiert, diese Struktur konnte in den konfirmatorischen Faktorenanalysen bestätigt werden (Fit-Indices der Gesamtstichprobe (n=2591): CMIN=54, df=1302.621, GFI=.955, AGFI=.943, CFI=.933, RMSEA=.046). Von den 43 in die Analysen aufgenommenen Items wurden 22 Items beibehalten. Die Homogenität der Items und die Trennschärfe der sechs Skalen sind als gut zu bezeichnen:

- Psychischer Leidensdruck (4 Items, $.53 \leq r_{\Sigma c} \leq .71$, Cronbach's Alpha=.81)
- Einschränkungen aufgrund körperlicher Beschwerden (4 Items, $.47 \leq r_{\Sigma c} \leq .62$, $\alpha=.76$)
- Sekundärer Krankheitsgewinn (4 Items, $.46 \leq r_{\Sigma c} \leq .58$, $\alpha=.72$)
- Änderungsbereitschaft hinsichtlich präventiven Verhaltens (4 Items, $.43 \leq r_{\Sigma c} \leq .71$, $\alpha=.80$)
- Unwissen (3 Items, $.49 \leq r_{\Sigma c} \leq .62$, $\alpha=.74$)
- Skepsis (3 Items, $.42 \leq r_{\Sigma c} \leq .46$, $\alpha=.63$).

Die höchste Interkorrelation findet sich zwischen den Skalen „Psychischer Leidensdruck“ und „Einschränkungen aufgrund körperlicher Beschwerden“ mit $r=.44$. Die diskriminante Validität ist nach dem Fornell-Larcker-Kriterium für alle Konstrukte erfüllt.

Diskussion

Der PAREMO wurde in der dritten Entwicklungsphase weiter optimiert, die Struktur des Fragebogens konnte für die Gesamtstichprobe bestätigt werden. Der Frage, ob systematische Unterschiede zwischen verschiedenen Indikationsgruppen bestehen, gehen Kriz et al. nach (s. Beitrag in diesem Band). Mit der 22 Items umfassenden PAREMO-Version ist es gelungen, ein praktikables Instrument zur Erfassung der Rehabilitationsmotivation zu entwickeln.

Literatur

- Arbuckle, J.L., Wothke, W. (1999): AMOS 4.0 user's guide. Chicago, IL: SmallWaters Corporation.
- Hafen, K., Jastrebow, J., Nübling, R., Bengel, J. (2001): Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO). *Rehabilitation*, 40, 3-11.
- Nübling, R., Hafen, K., Jastrebow, J., Körner, M., Löschmann, C., Rundel, M., Schmidt, J., Wirtz, M., Bengel, J. (2004): Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation. Regensburg: Roderer.
- Töns, N., Nübling, R., Bengel, J. (2003): Die Struktur der Rehabilitationsmotivation in verschiedenen Indikationsgruppen. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *DRV-Schriften*, 52, 87-88.

Deutsche Version der Extended Aberdeen Back Pain Scale - Ein Fragebogen für die gesamte Wirbelsäule

Osthus, H. (1), Cziske, R. (2), Jacobi, E. (1,2)

(1) Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm, Bad Wurzach, (2) Universitäts-Rehabilitationsklinik, Bad Wurzach

Einleitung

Für Patienten mit chronischem Rückenschmerz gibt es verschiedene Selbstbeurteilungsfragebögen, bei denen die Lendenwirbelsäule (LWS) im Fokus steht und die Hals- und Brustwirbelsäule (HWS und BWS) meist unberücksichtigt bleiben. Für die Wirbelsäule als Ganzes gab es bislang nur einen englischen Fragebogen, die Extended Aberdeen Back Pain Scale (EABPS). Die englische Version ist valide, reliabel und änderungssensitiv (Williams, 2001). Der Fragebogen kann sowohl für die ganze Wirbelsäule als auch einzeln für HWS, BWS oder LWS eingesetzt werden. Eine deutsche Übersetzung war bislang nicht verfügbar.

Material und Methode

Die EABPS wurde ins Deutsche übersetzt und für die Bereiche HWS, BWS und LWS evaluiert. Das Studienkollektiv bestand aus 158 Rehabilitanden, die an einem stationären Heilverfahren wegen chronischer Schmerzen in mindestens einem der drei Bereiche teilnahmen. Alle Rehabilitanden füllten den Fragebogen bei Aufnahme aus, 148 einen Tag später zur Bestimmung der Retest-Reliabilität. Die Änderungssensitivität wurde mithilfe der „Standardized Response Mean“ (SRM) aus der Differenz der Prä- und Postwerte errechnet und die Validität über einen Vergleich mit einem generischen Instrument (SF-36) (Ware, 1992; Bullinger, 1995) und einem spezifischen (FFbH-R) (Kohlmann, 1996) überprüft.

Ergebnisse

Die beim Vergleich zwischen den Werten am Aufnahmetag und dem Folgetag gefundenen Korrelationen (von .93 bis .95) weisen auf eine hohe Retest-Reliabilität hin. Bei der Überprüfung der Validität wurden sehr hohe Korrelationen zwischen den Werten der drei Regionen auf der einen Seite und denen des SF-36 und FFbH-R auf der anderen Seite gefunden. Der SRM der drei Regionen deutete mit Werten zwischen 1,36 und 1,96 auf bedeutende Änderungen hin.

Schlussfolgerung

Die EABPS-G ist ein valider, reliabler und änderungssensitiver Fragebogen zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Einschränkungen, die durch Schmerzen in einer oder mehrerer Regionen der Wirbelsäule beeinflusst werden. Die deutsche Version erlaubt internationale Vergleiche mit der englischen Originalversion und ist sowohl für die Beurteilung eines Momentanzustandes als auch einer Gesundheitsänderung geeignet.

Literatur

Bullinger, M. (1995): German translation and psychometric testing of the SF-36 Health Survey: preliminary results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. Soc Sci Med; 41: 1359-1366.

- Kohlmann, T., Raspe, H. (1996): Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen. *Die Rehabilitation*; 35: I-VIII.
- Williams, N.H., Wilkinson, C., Russell, I.T. (2001): Extending the Aberdeen Back Pain Scale to include the whole spine: a set of outcome measures for neck, upper and lower back. *Pain*; 94: 261-274.
- Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992): The SF-36 health status survey: 1. Conceptual framework and item selection. *Med Care*; 30: 473-483.

MMPI-2 Typ-A-Skala - misst sie bei Männern und Frauen in der kardiologischen Rehabilitation das Gleiche?

Ruf, E. (1), Härtel, U. (1), Gehring, J. (2), Klein, G. (2)

(1) LMU München, (2) Klinik Höhenried gGmbH

Einleitung

Die uneinheitlichen Studienergebnisse zu Typ-A-Verhalten als unabhängigen Risikofaktor für die Entstehung und das Überleben nach Herzinfarkt lösen immer noch Kontroversen aus. Bei der Diskussion der Ergebnisse vieler Studien wurde bisher nur wenig Aufmerksamkeit auf einen möglichen gender bias der Typ-A Messungen gerichtet (Knox & Follman, 1993). Ein Teil der bestehenden Unklarheiten der Beziehung zwischen Typ-A-Verhalten und Herzinfarkt könnte durch inadäquate oder invalide Messinstrumente verursacht sein. Als Messinstrument wurde in den meisten Studien nicht das strukturierte Interview (SI), sondern Selbstberichtsmessungen (Jenkins Activity Survey, Framingham Typ-A-Skala, Bortner Rating Scale) verwendet. Kawachi et al. (1998) setzten erstmals in einer großen prospektiven Studie an Männern die MMPI-2 Typ-A-Skala (TPA) ein. Im Gegensatz zu den o.g. Messinstrumenten des Typ-A-Verhaltens beinhaltet die TPA des MMPI-2 die als „toxisch“ identifizierten Komponenten „Wettbewerb“, „Zeitdruck“ und „Feindseligkeit“. In dieser Studie konnte das so gemessene Typ-A-Verhalten die Inzidenz von KHK bei Männern vorhersagen und erwies sich als valides Instrument. Die generelle Kritik an den Selbstberichtsmessungen richtet sich vor allem darauf, dass Messungen an Frauen, wenn sie überhaupt vorgenommen wurden, nicht mit signifikanten Outcomes über die Zeit validiert wurden (Thoresen & Low, 1990). Um herauszufinden, ob die Typ-A-Skala des MMPI-2 auch bei Patienten in der kardiologischen Rehabilitation sinnvoll eingesetzt werden kann, wurde sie an einer Stichprobe von 510 Patienten nach Herzinfarkt getestet und auf einen möglichen Geschlechtsunterschied hin untersucht.

Methoden

Die Daten wurden im Projekt „Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation“ des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbunds Bayern (Projekt A1), einer prospektiven Studie mit 18 Monate Follow-up, erhoben. 510 Patienten (30 bis 75 Jahre; Altersmittel = 57,8, SD = 9,0), die zur Anschlussheilbehandlung in die stationäre Rehabilitation in die Kliniken Höhenried, Lauterbacher Mühle und Bad Wörishofen kamen, wurden eingeschlossen. Davon waren 308 Männer (Altersmittel = 55,5, SD = 8,4) und 202

Frauen (Altersmittel = 61,2, SD = 8,9). Die Einschlusskriterien waren akuter Erstinfarkt oder erstes akutes Koronarsyndrom (angiographisch gesichert), und eine obere Altersgrenze von 75 Jahren. Die Erhebungsmethoden umfassten standardisierte Interviews, standardisierte Fragebögen zum Selbstauffüllen, und standardisierte Erhebungsbögen zur Erfassung der medizinischen Befunde. Das Typ-A-Verhalten wurde zu Beginn der stationären AHB mit der Typ-A-Skala (TPA) der deutschen Version des MMPI-2 gemessen.

Ergebnisse

Für die Testung der internen Konsistenz der Typ-A-Skala des MMPI-2 bei der vorliegenden Stichprobe wurde als Reliabilitätskoeffizient Cronbach's Alpha berechnet. Der Reliabilitätskoeffizient für die Gesamtstichprobe beträgt Alpha = 0.721, bei getrennten Konsistenzanalyse für Männer und Frauen: Alpha = 0.726 für Männer und Alpha = 0.713 für Frauen. Die TPA-Skala des MMPI-2 kann für Männer und Frauen nach Herzinfarkt als ausreichend intern konsistent bezeichnet werden. Die Faktorenanalyse ergibt allerdings für die Gesamtstichprobe eine Lösung aus fünf Faktoren; es finden sich also mehr als die beschriebenen drei Faktoren „Zeitdruck“, „Wettbewerb“ und „Feindseligkeit“. Getrennte Faktorenanalysen für Männer und Frauen ergeben jeweils unterschiedliche Lösungen. Wird keine Faktorenanzahl vorgegeben, so ergibt sich bei Männern eine Lösung aus 6 Faktoren. Dabei wird der größte Teil der Gesamtvarianz mit 18,72 % durch Items erklärt, die sich am besten durch den Faktor „Zeitdruck und Ungeduld“ beschreiben lassen. Die weiteren Faktoren erklären zwischen 8,97 % („Feindseligkeit“) und 5,62 % („Wettbewerb“) der Gesamtvarianz. Bei Frauen ergibt sich eine 7-Faktorenlösung. Hier erklären Items, welche den Faktor „Wettbewerb und Ehrgeiz“ bilden mit 18,12 % den größten Anteil an der Gesamtvarianz. Weitere Faktoren erklären zwischen 8,82 % („Zeitdruck, Ungeduld“) und 5,81 % der Gesamtvarianz.

Diskussion

Bei einer ausreichenden Internen Konsistenz der Skala für Männer und Frauen nach Herzinfarkt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die verschiedenen Teilkomponenten wie Feindseligkeit, Ehrgeiz und Zeitdruck des globalen Konstrukts „Typ-A-Verhalten“ bei Männern und Frauen einen unterschiedlichen Beitrag zum Gesamtkonstrukt „Typ-A-Verhalten“ liefern. Wenn es um die langfristige Prognose bei Männern und Frauen in der kardiologischen Rehabilitation bezüglich des Überlebens bzw. der Rezidivrisiken geht, sollten diese Teilkomponenten jeweils unterschiedlich gewertet werden.

Literatur

- Friedman, M., Rosenman, R.H. (1974): Type-A Behavior and Your Heart. New York, NY: Knopf.
- Hathaway, S.R., McKinley, J.C., Engel, R.R. (Hrsg. der deutschen Adaptation) (2000): MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Manual. Bern; Göttingen, Toronto; Seattle: Huber.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Kubzansky, L., Spiro, D., Vokonas, P., Weiss, S. (1998): Prospective Study of a Self-Report Typ A Scale and Risk of Coronary Heart Disease. Test of the MMPI-2 Type A Scale. *Circulation*; 98: 405-412.
- Knox, S.S., Follman, D. (1993): Gender differences in the psychosocial variance of Framingham and Bortner type A measures. *Journal of Psychosomatic Research*; 37 (3): 709-716.

Thoresen, C.E., Low, K.G. (1990): Women and Type A behavior pattern: Review and commentary. *Journal of Social Behavior and Personality*; 5(1): 117-133.

Aphasiediagnostik: Aachener Aphasie Test (AAT) und Aphasie Check Liste (ACL) im Vergleich

Tesak, J., Küst, J.

Europa Fachhochschule Fresenius

In der Aphasiediagnostik ist zur Zeit das am weitesten verbreitete Instrument der AAT (Huber et al., 1983). Ziele des AAT sind u. a. Klassifikation aphasischer Patienten in Standard- und Nicht-Standard-Syndrome sowie die Bestimmung des Schweregrades einer Aphasie. Der Syndromansatz ist seit Jahren umstritten und wird von vielen als theoretisch und aus therapeutischer Sicht als unzureichend angesehen (De Bleser et al., 2004; Tesak, 2005). Eine alternative Betrachtungsweise ist die des Individualsyndroms, bei der davon ausgegangen wird, dass jede aphasische Person ein individuelles Symptomenmuster aufweist. Die Aphasie Check Liste (Kalbe et al., 2002) hat als Ziel, aphasische Leistungsprofile unter der Annahme von Individualsyndromen zu erheben. Zudem erhebt die ACL den Anspruch, wesentlich zeitökonomischer zu sein als der AAT. In der vorliegenden Studie werden AAT und ACL verglichen. Die Fragen sind: Können aphasische Personen mit gleicher Sicherheit als Aphasiker klassifiziert werden? Kann der Schweregrad in gleicher Weise bestimmt werden? Mit welchem zeitlichen Aufwand werden die Ergebnisse erreicht? Verglichen werden die Daten von 40 (aphasischen) Patienten, die sowohl mit der ACL als auch mit dem AAT getestet wurden. Der Vergleich der beiden Testverfahren in der klinischen Anwendung ergibt eine eindeutige bessere klinische Verwendbarkeit des ACL: Die Diagnose Aphasie kann mit wesentlich geringerem zeitlichen Aufwand erreicht werden als beim AAT, der Schweregrad wird in beiden Verfahren angemessen erreicht, die individuellen Leistungsprofile der ACL sind für die Therapieplanung besser verwendbar als die aphasischen Syndrome des AAT. Insgesamt sprechen neben theoretischen Überlegungen auch die praktischen Erfahrungen für einen Einsatz der ACL im klinischen Alltag.

Literatur

De Bleser, R. et al. (2004): LEMO Lexikon modellorientiert. München: Urban & Fischer.

Huber, W. et al. (1983): Aachener Aphasie Test AAT. Göttingen: Hogrefe.

Kalbe, E. et al. (2002): Aphasie Check Liste. Köln: Prolog.

Tesak, J. (2005): Einführung in die Aphasologie. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Erfassung kommunikativer Funktionsfähigkeit in der ICF - Erste Schritte zu einem Core Set „Kommunikation“

Wüste, K., Behrens, J., Schneider, S., Zimmermann, M.

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Fragestellung und Hintergrund

In dem Forschungsvorhaben „Pflege als soziales System“ (Förderung durch die DFG) erfolgt die Untersuchung der Kommunikationsfähigkeit und des Interaktionsgeschehens zwischen Klient und professioneller Unterstützung. Beispielhaft wurden die kommunikativen Strukturen in der ambulanten, häuslichen Pflege nach Schlaganfall ausgewählt, um Charakteristika einer rehabilitativen, aktivierenden Pflege zu benennen. Die ICF dient hierbei als ein theoretischer und kategorialer Rahmen, um einerseits bestehende Kommunikationseinschränkungen auf Klientenseite einzustufen zu können und andererseits sich im Rehabilitationsprozess ergebende Kommunikationsbarrieren zu benennen. „Effektive Kommunikation“ gilt nicht nur als wichtige Komponente allgemeiner Lebensqualität, sondern auch als hervorragender Prädiktor für gelungene Aktivierung und Rehabilitierung (vgl. Jones, 2003). Dabei ist zu prüfen, inwieweit die ICF ihrem Anspruch, über eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit und aller intervenierenden Faktoren - inklusive des Rehabilitationsprozesses selber - zu verfügen (vgl. DIMDI, 2002), gerecht werden kann.

Methodik

Zu Erfassung der kommunikativen Strukturen und Einschränkungen im Rehabilitations- und Pflegeprozess wurden in einem ersten Schritt die relevanten Domänen und Kategorien der vier Komponenten der ICF auf ihre Relevanz ausgewählt.

Die Überprüfung von Relevanz und Anwendbarkeit geschah über filmisch gestützte Beobachtungen von rehabilitativen Pflegesituationen, die durch strukturierte Interviews mit den Beteiligten ergänzt wurden.

Ergebnisse

In allen Komponenten wurden relevante Domänen und Kategorien identifiziert, die bei der Beurteilung des Kommunikationsgeschehens Relevanz aufweisen. Einen Schwerpunkt bilden die Domänen drei und sieben der Aktivitäts- und Partizipationsebene. Insgesamt wurden in der Komponente der Strukturen zwei Kategorien, der Funktionen sechs (z. B. Funktionen der Aufmerksamkeit (b140), Funktionen der Stimme (b310), der Aktivitäten und Partizipation 28 Kategorien (z. B. Sprechen (d330), Nonverbale Mitteilungen produzieren (d335), Körperliche Gesten verstehen (d3150)) und innerhalb der Kontextfaktoren acht Kategorien (z. B. Hilfsprodukte und unterstützende Technologien für die Kommunikation (e1251)) ausgewählt.

Die Überprüfung anhand der Auswertung der filmischen Beobachtung ergab eine hohe Relevanz aller Kategorien. Bei einer Gewichtung einzelner Kategorien wurde die hohe Bedeut-

samkeit aller sprachlichen Funktionen und Aktivitäten und gestischer Ausdrucks- und Aufnahmefähigkeit herausgearbeitet.

Diskussion

Die insgesamt als „kommunikationsrelevant“ identifizierten Kategorien unterstreichen die hohe Erklärungskraft der ICF aufgrund ihrer Ebenendifferenzierung. Allerdings bleiben auch in der ICF Doppelungen und Abgrenzungen zwischen den Komponenten - wie in der ICDH vielfach kritisiert - virulent. Die Identifizierung und Plausibilisierung der insgesamt 42 Kategorien kann als ein erster Schritt zu einer Entwicklung eines Core Sets „Kommunikation“ oder kommunikationsrelevanter Faktoren angesehen werden. Es ist geplant, die Überprüfung der ausgewählten Dimensionen auf andere Bereiche der Rehabilitation und Gesundheitsversorgung auszuweiten und sie bereits bestehenden validierten Assessmentverfahren (u. a. RAI, erweiterter Barthelindex) zuzuordnen. Als wichtiges Ergebnis kann festgehalten werden, dass im Kommunikationsprozess nicht nur Kompetenzen und Einschränkungen auf der Klientenseite zu beobachten und zu bewerten sind, sondern auch die beteiligten professionellen Akteure durch ihre Teilnahme am Kommunikationssystem Klient/Therapeut und ihre kommunikativen Handlungen Teil der Aktivitätseinschränkungen und der fördernden und hemmenden Kontextfaktoren werden.

Literatur

- Jones, A. (2003): Nurses talking to patients: exploring conversation analysis as a means of researching nurse-patient communication, in: International Journal of Nursing Studies. Jg. 40, Heft 6, S. 609-618.
- Garms-Homolová, V., Gilgen, R. [Hrsg.] (1999): Resident Assessment Instrument (RAI 2.0). 2., vollst. überarb. und erw. Aufl., Bern: Hans Huber.
- DIMDI (2004): ICF. [Stand vom 24.09.2002].

Einführung der ICF-Klassifikation in Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder – erste empirische Ergebnisse

Barre, F., Sperlich, S., Collatz, J.

Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder, Medizinische Hochschule Hannover

Einleitung

Überlastungen, Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten von Müttern tangieren das gesamte Familiensystem und können zu Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen wie der beruflichen Tätigkeit, der Kindererziehung, der Partnerschaft, der Freizeit und auch der Sorge um die eigene Gesundheit führen. Mit dem Klassifikationssystem ICD-10 sind diese Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen nur unzureichend abzubilden. Mit der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) als Nachfolgeklassifikation der ICDH liegt nun ein Instrument vor, das diese Gesundheitsdimensionen explizit erfasst. Insbesondere sind auch die Kontextfaktoren zu verschlüsseln, die für die mütterlichen Belastungen von erheblicher Bedeutung sind. Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für

Mütter und Kinder haben im Jahr 2002 erstmals damit begonnen, die Diagnosen sowie die therapieleitenden Hauptdiagnosen (Schwerpunktindikationen) mit der ICF zu verschlüsseln. Im folgenden werden die empirischen Ergebnisse des ICF-Einsatzes für den Bereich der Aktivitäten und Teilhabe (d-Code) vorgestellt.

Methodik

Im Rahmen eines Qualitätssicherungsverfahrens wurden die MitarbeiterInnen aus Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen in die Grundlagen und die Verschlüsselung der ICF eingeführt. Als praktische Arbeitshilfe für die Diagnosestellung wurde ein Teilkatalog mit relevanten ICF-Codes für die mütterspezifische Prävention und Rehabilitation entwickelt. Um eine schrittweise Implementation des neuen Verschlüsselungssystems zu gewährleisten, lag der Fokus zunächst auf den d-Codes (Aktivitäten/Teilhabe). Anhand von zwei exemplarischen Volldokumentationen von Maßnahmenverläufen (sog. Monitorings) aus den Jahren 2002 bis 2003 mit 2174 Patientinnen aus 21 Mutter-Kind- und vier Müttereinrichtungen wurde der ICF-Einsatz untersucht. Davon erhielten 26,1 % der Mütter eine Vorsorge-Maßnahme, 35,83 % eine Rehabilitationsmaßnahme. In den anderen Fällen (37,26 %) erfolgte keine eindeutige Zuordnung durch den einweisenden Arzt.

Ergebnisse

Im Rahmen des evaluierten Monitorings haben 56 % der untersuchten Einrichtungen Aktivitäts- bzw. Partizipationsstörungen nach der ICF verschlüsselt. Von den insgesamt 8140 gestellten Diagnosen fielen 6,8 % (n=554) auf ICF-Codes, wobei der Anteil zwischen den Einrichtungen von 1,4 % bis 25,2 % erheblich variiert. Die größte Bedeutung zur Charakterisierung der mütterlichen Aktivitäts- und Partizipationsstörungen kam dabei den Familienbeziehungen (d760), insbesondere der Eltern-Kind-Beziehung (d7600) mit einem Anteil von 31 % an den ICF- Diagnosen zu. Es folgen in absteigender Reihenfolge: mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen (d240) (25 %), Erholung und Freizeit (d920) (13 %) sowie enge Beziehungen (d770), insbesondere eheliche Beziehungen (d7701) (11,9 %) und auf seine Gesundheit achten (d570) (8,3 %).

Diskussion

In Anbetracht der kurzen Zeitspanne zwischen der ICF-Einführung in Deutschland und der ersten Evaluation in Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen ist der Umstand, dass bereits mehr als die Hälfte der Einrichtungen mit dem neuen Verschlüsselungssystem arbeiten, als deutlicher Hinweis auf die Relevanz der ICF auch für den mütterlichen Rehabilitationsbereich zu bewerten. Die Analysen ergaben dabei deutliche Schwerpunkte auf ausgewählten d-Codes, die einen ausgewählten Teilkatalog für den mütterlichen Rehabilitationsbereich rechtfertigen. Zukünftige Weiterentwicklungen beziehen sich auf die Vervollständigung des ICF-Schlüssels durch die Integration der Schweregradbeurteilung sowie die sukzessive Einführung und Evaluation der weiteren ICF-Dimensionen, insbesondere die Beeinträchtigungen der Körperstrukturen (b-Schlüssel) und der Kontextfaktoren (e-Schlüssel).

Literatur

Collatz, J., Fischer, G.C., Thies-Zajonc, S. (1998): Mütterspezifische Belastungen – Gesundheitsstörungen – Krankheit. Das Leitsyndrom zur Begutachtung und Indikationsstellung von Mütter- und Mutter-Kind-Kuren. VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.

Schuntermann, M.F. (2002): Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). VDR Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung. Frankfurt am Main. www.vdr.de.

Effektivität und Ziele in der Aphasie-Rehabilitation auf der Basis der ICF

Grötzbach, H.

Asklepios Klinik Schaufling

Obwohl Aphasietherapien schon seit Jahrzehnten durchgeführt werden, ist deren Effektivität nach wie vor umstritten (Grötzbach, 2004a). Denn es gibt sowohl Belege dafür, dass Aphasietherapie wirksam ist, als auch dafür, dass sie unwirksam ist. Trotz der widersprüchlichen Befunde deuten die Ergebnisse von zwei Meta-Analysen darauf hin, dass Aphasietherapie dann effektiv ist, wenn sie mindestens neun Stunden pro Woche für einen Zeitraum von zehn Wochen durchgeführt wird (Bhogal et al., 2003a; 2003b). Dieser Effektivitätsnachweis ist jedoch nur beschränkt gültig, da sich nahezu alle Messinstrumente (z.B. der Aachener-Aphasie-Bedside-Test, der Aachener-Aphasie-Test, die Aphasie-Check-Liste, der Aphasie-Schnell-Test oder die Kurze Aphasieprüfung) auf die Ebene der Körperfunktionen beziehen. Lediglich ein Messinstrument (der Amsterdam-Nijmegen-Everyday-Language-Test) erfasst sprachliche Fortschritte auf den Ebenen der Aktivität und Teilhabe. Da die beiden Ebenen in den Meta-Analysen nicht systematisch berücksichtigt worden sind, bleibt es nach wie vor offen, ob durch Aphasietherapien auch sprachliche Fortschritte auf der Teilhabe-Ebene erreicht werden. Die Betroffenen und ihre Angehörigen, aber auch die Therapeuten und die Kostenträger haben jedoch den Anspruch, dass Aphasietherapien nicht nur zu Fortschritten auf der Ebene der Körperfunktion führen, sondern auch auf der Teilhabe-Ebene. Damit können Ziele in der Sprachtherapie nicht länger aus einer Syndrom-Verbesserung oder aus einer Reduktion aphasischer Symptome bestehen. Stattdessen rücken die individuellen Lebensziele der Betroffenen in den Vordergrund der Therapie (Grötzbach, 2004b). Bei der Definition von Therapiezielen geht es damit beispielsweise nicht länger um eine Reduktion von Paragraphien. Vielmehr geht es darum, wieder in den Beruf zurückzukehren, indem Gesprächsnotizen geschrieben werden können. Der Schwerpunkt der Therapie auf die Teilhabe-Ebene führt zu mehreren Konsequenzen: Zum einen müssen für zukünftige Ergebnismessungen in der Rehabilitation von Personen mit einer Aphasie ausreichend viele Messinstrumente zur Verfügung stehen. Zum anderen sind bei der Definition von Therapiezielen die individuellen Lebensziele der Betroffenen zu beachten. Damit verlagert sich die Aphasietherapie von der Syndrom- und Symptomebene zur Teilhabe-Ebene. Letztlich kann es in der Anamnese und Diagnose von Sprachstörungen nicht mehr länger nur um ein Abfragen sprachlicher Schwierigkeiten gehen, sondern es ist vor allem danach zu fragen, welche Lebensziele erreicht werden sollen. Die Frage nach den Lebenszielen setzt jedoch voraus, dass Sprachtherapeuten geschult werden, Alltagsziele und Ziele auf der Ebene der Körperfunktionen als mindestens gleichwertig zu betrachten.

Literatur

Bhogal, S.K., Teasell, R.W., Speechley, M.R. (2003a): Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34, 987-993.

- Bhogal, S.K., Teasell, R.W., Foley, N.C., Speechley, M.R. (2003b): Rehabilitation of aphasia: more is better. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 10, 66-76.
- Grötzbach, H. (2004a): Zur Effektivität von Aphasietherapie. *Neurologie und Rehabilitation*, 10, 1-5.
- Grötzbach, H. (2004b): Zielsetzung in der Aphasietherapie. *Forum Logopädie*, 18, 12-16.

Die neuen Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 SGB V – ein Schritt zur Anwendung der ICF in der GKV

Nüchtern, E.

MDK Baden-Württemberg, Lahr

Einleitung

Alle grundsätzlichen Festlegungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Bereich Vorsorge und Rehabilitation beziehen sich seit 1999 auf das biopsychosoziale Modell von Krankheit und Gesundheit und seine internationale Klassifikation, früher die ICDH (Mattheius et al., 1995), nun die ICF (DIMDI 2002). Beispiele:

- Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111 a SGB V (a.F.) vom 12. Mai 1999.
- Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 20. Oktober 2000, neu gefasst am 22. Januar 2004.
- Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation des MDK vom 12. März 2001.
- Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, in Kraft seit 1. Juli 2001, Neufassung seit 1. Juli 2004.
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.2004.

Mit dem Beschluss der „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V“, die am 1. April 2004 in Kraft traten, haben Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung des MDS einen wichtigen Schritt zur Anwendung der ICF in der GKV vollzogen (Ries et al., 2004).

Rahmenbedingungen

Die Rehabilitations-Richtlinien regeln für Vertragsärzte und Krankenkassen das Verfahren der Beratung, der gegenseitigen Information, der Verordnung und bezüglich der Mitteilung der Ergebnisse der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Inhaltlich beruhen sie auf der Konzeption und dem Begriffssystem der ICF, die in Anlage 3 der Rehabilitations-Richtlinien erläutert wird. Auf die ICF beziehen sich die Definitionen der Rehabilitationskriterien in den Rehabilitations-Richtlinien:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- Positive Rehabilitationsprognose.

Seit 1. Juli 2004 steht für die vertragsärztliche Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein bundesweit einheitliches, strukturiertes und differenziertes Verordnungs-

formular (Muster 61) zur Verfügung. Der Aufbau bildet den Entscheidungsalgorithmus für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ab:

Sozialanamnese

Klinische Anamnese

Rehabilitationsrelevante Diagnosen

Rehabilitationsbedürftigkeit: Hier werden Schädigungen, nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sowie Kontextfaktoren (einschließlich der klassischen Risikofaktoren) aufgeführt.

Maßnahmen der Krankenbehandlung: Aus der Auflistung der bereits durchgeführten Maßnahmen wird ggf. ersichtlich, dass kurative Maßnahmen nicht ausreichen.

Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsziele aus Sicht des Arztes und des Patienten/Angehörigen

Rehabilitationsprognose

Sonstige Angaben

Diskussion

Der verordnende Arzt, die über die Leistung entscheidende Krankenkasse und der im MDK begutachtende Arzt folgen nun denselben Überlegungen und benutzen gleichermaßen die Begriffe der ICF. Das neue, anspruchsvolle Formular, das die Informationsgrundlage des MDK verbessert, stößt auf Anerkennung, aber auch, solange die vorgesehenen 16-stündigen Kurse zur rehabilitationswissenschaftlichen Qualifizierung der Vertragsärzte noch nicht begonnen, auf Schwierigkeiten beim Ausfüllen.

Ausblick

Dem neuen Formular ist Akzeptanz und Verbreitung zu wünschen - im Interesse der Patienten, die rechtzeitig die notwendige Rehabilitation erhalten sollen. Vielleicht kann es Ausgangspunkt für ein trägerübergreifendes Formular zur Rehabilitationseinleitung sein.

Literatur

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (2002): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), deutschsprachige Fassung, Version 1.0. In Vorbereitung. Internetversion: www.dimdi.de.

Matthesius, R.G., Jochheim, K.A., Barolin, G.S., Heinz, C. (Hrsg) (1995): ICDH. Verlag Hans Huber Bern.

Ries, V., Nüchtern, E., Bublitz, T., Gibis, B., Heidenreich-Franke, E.M., Leistner, K. (2004): Rehabilitation - Klare Aufgabenregelung - Die neuen Richtlinien treten am 1. April in Kraft. Deutsches Ärzteblatt 101, A900-901.

ICF-basierter Inhaltsvergleich patientenzentrierter Messverfahren im Bereich Schlaganfall als Basis für die Auswahl geeigneter Instrumente zur Datenerfassung

Geyh, S., Cieza, A., Kollerits, B., Amann, E., Stucki, G.

Lehrstuhl für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Ludwig-Maximilians-Universität,
München

Der Einsatz von Verfahren zur Erfassung des Gesundheitszustandes aus der Patientenperspektive ist im Bereich Schlaganfall ein aktuelles und viel diskutiertes Thema. So ist der Einsatz von Fragebogenverfahren bei PatientInnen nach einem Schlaganfall häufig durch die erkrankungsbedingten Defizite erschwert. Existierende generische Verfahren werden zudem vielfach kritisiert, unter anderem, weil sie die besonderen Schwierigkeiten nach einem Schlaganfall inhaltlich nicht abbilden (Doyle et al., 2002). Vor jeglicher Datenerhebung stellt die begründete Auswahl der Messinstrumente einen entscheidenden Schritt innerhalb der Planung und Methodik dar, und bestimmt über die Qualität der Untersuchung mit. Dabei sind verschiedene Gesichtspunkte zu berücksichtigen, jedoch stehen zunächst die inhaltlichen Aspekte des Instruments im Vordergrund. Eine inhaltliche Untersuchung und ein Vergleich verschiedener Messverfahren kann mit Hilfe der ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health - der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2001) systematisch, transparent und an einheitlich definierten Kategorien orientiert vorgenommen werden (Cieza et al., 2001). Das Ziel dieser Untersuchung ist daher die Beschreibung und der Vergleich von Inhalten multidimensionaler patientenzentrierter Messinstrumente zur Erfassung des Gesundheitszustandes bei Schlaganfall, anhand der ICF. Mittels eines systematischen Literatur-Reviews werden multidimensionale, patientenzentrierte Instrumente, die bei Schlaganfall-PatientInnen eingesetzt werden, identifiziert. Die ausgewählten Instrumente werden anhand festgelegter Regeln von zwei Personen unabhängig voneinander in einzelne Inhalts-Konzepte zerlegt und mit ICF-Codes versehen, oder „gelinkt“. Die Auswertungen beinhalten eine Prüfung der Linker-Übereinstimmung anhand von Kappa-Koeffizienten und nonparametrischen Bootstrap-Konfidenzintervallen. Für den Inhaltsvergleich der einzelnen Instrumente werden die Häufigkeiten der ICF Kategorien deskriptiv analysiert, sowohl Bandbreite, als auch Tiefe der Erfassung inhaltlicher Konzepte betrachtet. Generische und erkrankungsspezifische Instrumente werden miteinander verglichen. 24 verschiedene patientenzentrierte Messverfahren wurden in 71 eingeschlossenen Studien identifiziert. 6 generische und 7 schlaganfallsspezifische Instrumente wurden für den Inhaltsvergleich ausgewählt. Das häufigste generische bzw. schlaganfallsspezifische Instrument war der SF-36 (Ware et al., 1992) bzw. der Stroke Impact Scale SIS (Duncan et al., 1999). Die 13 Instrumente enthielten 979 Konzepte, die zu 200 ICF Kategorien zugeordnet wurden. Kappa Werte lagen zwischen 0.46 und 0.84. 79 ICF Kategorien wurden jeweils nur durch ein einziges Instrument abgedeckt, keine Kategorie war in allen ausgewählten Instrumenten enthalten. Deutliche Unterschiede in den Inhalten zwischen generischen und schlaganfallsspezifischen Instrumenten zeigten sich im Bereich der Körperfunktionen, nicht aber bei den Aktivitäten und Partizipationen. Die Übersetzung patientenzentrierter Instrumente in die Sprache der ICF stellt die Gemeinsamkeiten und Unterschiedlichkeiten der Messverfahren auf der präzisesten Ebene der inhaltlichen Konzepte dar. Der ICF-basierte Inhaltsvergleich bietet dabei ein

systematisches und transparentes Vorgehen für die begründete Auswahl von Messverfahren in Forschung, Klinik, Qualitätsmanagement, oder Gesundheitsberichterstattung.

Literatur

- Doyle, P.J. (2002): Measuring health outcomes in stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil.* 83 Suppl 2: 39-43.
- World Health Organization (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization.
- Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatterji, S., et al. (2002): Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med.* 34: 205-210.
- Ware, J.E. Jr., Sherbourne, C.D. (1992): The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 30: 473-483.
- Duncan, P.W., Wallace, D., Lai, S.M., Johnson, D., Embretson, S., Laster, L.J. (1999): The stroke impact scale version 2.0. Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. *Stroke.* 30: 2131-2140.

Entwicklung eines ICF-orientierten, adaptiven Fragebogens zu Mobilität und Selbstversorgung (MOSES Fragebogen)

Farin, E., Follert, P.

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

Einleitung

Es wurden inzwischen umfangreiche Bemühungen unternommen, bestehende Assessmentinstrumente im Hinblick auf die Abdeckung der Kategorien der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zu untersuchen (z.B. Cieza et al., 2002; Swanson et al., 2003). Selten sind jedoch Versuche, unter direktem Bezug auf die Inhalte der ICF Assessmentinstrumente neu zu entwickeln. Ein solches ICF-orientiertes Instrument besäße die Vorteile, dass es im Kontext einer ICF-Klassifikation anwendbar wäre (z.B. zur Messung der Core-Sets, vgl. Stucki et al., 2002), dass die Iteminhalte konzeptgeleitet auswählbar wären, und dass über den Bezug auf konkrete Kategorien der ICF international vergleichbare Inhaltsbereiche erfasst würden. Berichtet wird von der Entwicklung und den Pretest-Ergebnissen eines adaptiven, ICF-orientierten Patienten-/Arzt-Fragebogens zur Erfassung der ICF-Domänen Mobilität und Selbstversorgung (MOSES-Fragebogen). Das Vorhaben stellt ein Weiterentwicklungsprojekt im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der GKV in der medizinischen Rehabilitation dar (Farin et al., 2004).

Methodik und Durchführung

Um den individuellen Reha-Erfolg abbilden zu können, wird die Methode des „adaptiven Testens“ angewandt, welche eine individuelle Testung der Patienten ermöglicht. Mit Hilfe von Sprungbefehlen überspringt der Patient für ihn nicht relevante Fragen. Als methodische Basis wird die probabilistische Testtheorie (Rasch-Modell) zu Grunde gelegt. Ein nach dem Rasch-Modell skaliertes Fragebogen erlaubt den Vergleich von Personen, auch wenn diese unterschiedliche Fragebogen-Items bearbeitet haben (Tesio, 2003) und bildet damit die Voraussetzung der Entwicklung adaptiver Verfahren. Die Domänen Mobilität und Selbstversorgung werden unter der Perspektive der Aktivitäten betrachtet, es wird nach der Beeinträchtigung der Aktivitäten, also nach der Schwierigkeit, bestimmte Aktivitäten auszuführen, gefragt. In einem ersten Schritt wurden nach vorab festgelegten Itemgenerierungsregeln aus den Kategorien der Domänen Mobilität und Selbstversorgung Fragen gebildet. Zu jeder vierstelligen Kategorie wurde in der Regel ein Item konstruiert (z.B. „d4154 in stehender Position verbleiben“ → „Wie schwierig ist es für Sie, über längere Zeit ohne Unterbrechung zu stehen (z.B. 20 Minuten in einer Warteschlange)?“). Ausnahmeregelungen wurden spezifiziert für spezielle Fälle wie beispielsweise die Restkategorien (z.B. „d4108 Eine elementare Körperposition wechseln, anders spezifiziert“) und vierstellige Kategorien, deren Inhalt Aktivitäten ausdrückt, die im mitteleuropäischen Kulturkreis unüblich sind (z.B. „d4304 Gegenstände auf dem Kopf tragen“). Vor der eigentlichen methodischen Prüfung des Fragebogens wurden zwei Pretests durchgeführt: eine qualitative Studie, die basierend auf der Methode des

lauten Denkens die Verständlichkeit der Sprungfragen und Itemformulierungen überprüfte (Pretest 1) sowie eine anschließende Phase der Itemkalibrierung, im Rahmen derer in 33 Rehabilitationskliniken Daten an ca. N=3.000 Patienten erhoben wurden (Pretest 2).

Ergebnisse

Die qualitative Studie im Pretest 1 zeigte, dass die für adaptive Verfahren zentralen Sprungbefehle sorgfältig konstruiert werden müssen, damit sie für Patienten verständlich sind und ihren Zweck erfüllen. Patienten neigten z.B. in Zweifelsfällen eher dazu, eine im Sprungbefehl abgefragte Aktivität als ausführbar einzuschätzen. Hinzu kam das Problem, dass das Nichtkönnen aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht getrennt wurde von dem Nichtkönnen aufgrund fehlender Lernprozesse (z.B. bei den Fragen, ob man in der Lage sei, zu schwimmen bzw. einen PKW selber zu fahren). Die Ergebnisse des Pretests 1 führten zu einer überarbeiteten Version des MOSES-Fragebogens, die im Pretest 2 eingesetzt wurde. Die Daten dieser quantitativen Studie führen zu einer Kalibrierung der Items auf der Basis des Rasch-Modells.

Zusammenfassung und Diskussion

Die bisherigen Ergebnisse des Projekts zeigen, dass es möglich ist, direkt in Anlehnung an die Kategorien der ICF ein adaptives, auf Sprungbefehlen basierendes Assessmentinstrument zur Erfassung von Mobilität und Selbstversorgung zu konstruieren. Auch wenn die methodische Prüfung im einzelnen noch aussteht, erweist sich der Konstruktionsansatz als praktikabel und vielversprechend.

Literatur

- Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T. et al. (2002): Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine*; 34: 205-210.
- Farin, E., Follert, P., Gerdes, N., Jäckel, W.H., Thalau, J. (2004): Quality assessment in rehabilitation centres: the indicator system 'Quality Profile'. *Disability & Rehabilitation*; 26 (18): 1096-1104.
- Stucki, G., Ewert, T., Cieza, A. (2002): Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability & Rehabilitation*; 24 (17): 932-938.
- Swanson, G., Carrothers, L., Mulhorn, K.A. (2003): Comparing disability survey questions in five countries: a study using ICF to guide comparisons. *Disability & Rehabilitation*; 25 (11-12): 665-675.
- Tesio, L. (2003) Measuring behaviours and perceptions: Rasch analysis as a tool for rehabilitation research. *Journal of Rehabilitation Medicine*; 35 (5): 105-115.

Die Anwendung der ICF-Checkliste in der Rehabilitation

Ewert, T., Kirschneck, M., Cieza, A.

Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Ludwig-Maximilians-Universität München

Hintergrund

Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) (WHO, 2001) erhält zunehmend mehr Bedeutung für die Rehabilitation (Ewert et al., 2002). Als eine Möglichkeit die ICF in der rehabilitativen Praxis anzuwenden, wurde von der WHO die sogenannte ICF-Checkliste entwickelt. Mittels dieser 125 ICF-Kategorien umfassenden Auswahlliste, können Gesundheitsfachleute Patienten hinsichtlich ihrer funktionalen Gesundheit dokumentieren (Ewert et al., 2004). Es stellt sich die Frage, inwieweit die Patienten in der rehabilitativen Versorgung beschrieben werden können und ob die ICF-Checkliste ein praktikables Instrument ist.

Methodik

In Vorarbeiten des Projektes A4 zur Entwicklung von ICF Core Sets für verschiedene Erkrankungen, wurden 917 von 1044 ICF-Checklisten zu Beginn einer rehabilitativen Maßnahme ausgewertet. Insgesamt wurden Datenerhebungen an 33 Einrichtungen (stationäre und ambulante Rehabilitation) durchgeführt. Die Patienten litten an einer der folgenden 12 Gesundheitsstörungen: Rückenschmerzen, Osteoporose, Rheumatoiden Arthritis, Osteoarthrose, Generalisiertes Schmerzsyndrom, Chronisch ischämische Herzkrankheit, Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung, Diabetes Mellitus, Brustkrebs, Adipositas, Depressive Störung, Schlaganfall. Alle Gesundheitsfachleute, welche die ICF-Checkliste ausfüllten, wurden vorher in deren Anwendung geschult.

Die Praktikabilität der ICF-Checkliste wurde stichprobenartig mittels eines eigens entworfenen Fragebogens erhoben (n=40).

Ergebnisse

Vorgelegt werden die ICF-Kategorien, die am häufigsten genannt wurden. Das Ausmaß des Problems wurde nicht berücksichtigt, da nur selten die Kategorien mit schwer oder vollständig ausgeprägt bewertet wurden. In nahezu jeder Krankheit zeigten sich, dass jede Komponente der ICF wichtig war. Bei den Körperstrukturen, waren die Strukturen der unteren Extremität am häufigsten betroffen, bei den Körperfunktionen war Schmerz das häufigste Problem. Bei den Aktivitäten & Partizipation wurde die Kategorie Anheben und Tragen von Gegenständen am öftesten genannt. In der Komponente Umweltfaktoren wurde die Kategorie Klima als häufigste Barriere beschrieben und bei den Förderfaktoren die Gesundheitsfachleute. Diese ICF-Kategorie zeichnete sich mit den häufigsten Nennungen über alle Krankheiten hinweg ab. Insgesamt wurden 103 der 125 Kategorien bei mindestens einer Erkrankung relevant (30 % resp. 20 % an Nennungen). Eine gemeinsame Darstellung von Barrieren und Förderfaktoren war nicht praktikabel, da diese in den seltensten Fällen eine gleichartige Bedeutung als Barriere und Förderfaktor haben.

Die ICF-Checkliste bietet die Möglichkeit, nicht enthaltene Kategorien nachzukodieren. Hier von wurde kaum gebrauch gemacht. Lediglich im Bereich der personbezogenen Faktoren

gab es eine nennenswerte Dokumentationsaktivität. Die Auswertung des Praktikabilitätsfragebogens ergab mittlere Werte hinsichtlich der Einschätzung des Zeitaufwandes und der Eindeutigkeit sowie eine mittlere Bearbeitungsdauer von 35 Minuten pro Checkliste.

Diskussion

Die Ergebnisse sind in vielen Bereichen mit den klinischen Erfahrungen und mit den in der Literatur berichteten Problemen übereinstimmend. Es zeigt sich, dass muskuloskelettale Erkrankungen sich in ihrem Spektrum der Probleme stärker ähneln als beispielsweise internistische Erkrankungen. Die Studie zeigt, dass die ICF-Checkliste das Spektrum an Beeinträchtigungen recht umfassend darstellt, was deutlich wird, wenn diese zu den ICF Core Sets (Stucki et al., 2002) kontrastiert werden. Angesichts der Durchführung der Studie (keine konsekutiven Patienten), stellt sich die Frage nach der Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

Ausblick

Aufgrund der mäßigen Praktikabilität der ICF Checkliste, scheint die Entwicklung von spezifischeren ICF Core Sets ein Schritt in die richtige Richtung zu sein. Dadurch könnte die Einsetzbarkeit der ICF in der Rehabilitation erheblich verbessert werden.

Literatur

- Ewert, T., Cieza, A., Stucki, G. (2002): Die ICF in der Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 12,157-62.
- Ewert, T., Fuessl, M., Cieza, A., Andersen, C., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Stucki, G. (2004): Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *Journal of Rehabilitation Medicine Suppl.* 44, 22-29.
- Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., Üstün, T. (2002): Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation* 24(5), 281-2.
- World Health Organization (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO.

Vorschläge zur Verbesserung der ICF

Meyer, A.-H.

Villingen-Schwenningen

Die folgenden Vorschläge zu Veränderungen der ICF sollen nicht nur für eine deutsche ICF-Adaptation sein, sondern müssten international erfolgen. In der ICF-Theorie werden personbezogene Faktoren als bedeutsam für Behinderung herausgestellt, sie sind jedoch derzeit nicht in der ICF klassifiziert „wegen der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiedlichkeit“ (S. 12). Für Alter und Geschlecht, die bei diesen Faktoren genannt werden, gibt es keine solche Unterschiedlichkeit, sodass sie nach den englischen Begriffen „age“ und „sex“ direkt angegeben werden könnten. Wird eine wirkliche Kodierung gewünscht, so sind einfache Möglichkeiten dafür denkbar. Coping ist ein besonders wichtiger, aber schwer zu erfassender Faktor. Ein erster Ansatz zu einem Coping-Konzept könnte eine Kodierung der Qualität des Coping in drei bis vier Stufen von „gelingend“ bis „nicht gelin-

gend“ sein und eine Kodierung der Art des Coping, bei der mindestens zwei Copingformen unterschieden würden:

- Training der verbliebenen Fähigkeiten
- Kompensation durch Erwerb neuer Fähigkeiten.

Die Kodierung wäre in dieser Form zwar vage, bliebe dadurch jedoch für die soziokulturelle Unterschiedlichkeit offen.

Eine positive Kodierung soll gemäß der Theorie für alle ICF-Komponenten möglich sein, ist derzeit aber nur für die Umweltfaktoren durchführbar. Für die anderen Komponenten (Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation) lässt sie sich analog mit einem Pluszeichen statt eines Punktes zwischen Item-Nummer und Beurteilungsmerkmal durchführen.

Für die Kodierung der Umweltfaktoren sollte es eine Einzelaufzählung verschiedener Objekte und Faktoren geben, damit die kodierten Daten noch ausreichenden Informationswert haben. Sie ist vor allem für die Erfassung verschiedener Hilfsmittel bedeutsam, um Veränderungen in deren Nutzung kodierbar zu machen. Eine Veränderung kann Zeichen von gelingender Rehabilitation sein oder – im negativen Fall – von einer Verschlechterung des Zustandes einer Person.

Außerdem sollte eine Kodierung eingeführt werden, die eine Unterscheidung von fehlenden und vorhandenen Objekten bzw. Faktoren ermöglicht, da eine „Barriere“ sowohl dadurch entstehen kann, dass ein Objekt als Hindernis vorhanden ist – z.B. eine Schwelle, die einem Rollstuhlfahrer die Zufahrt verhindert – als auch dadurch, dass ein bestimmtes Objekt fehlt – z.B. eine Rampe. Auch für die Förderfaktoren ist eine Unterscheidung von fehlenden und vorhandenen Objekten bzw. Faktoren sinnvoll, die sich z.B. durch ein zusätzlich eingeführtes zweites Beurteilungsmerkmal treffen ließe.

Einer besseren Aussagekraft der kodierten Daten sollte auch eine Trennung einiger zu umfangreicher Items anderer ICF-Komponenten dienen. So sollten die Items für Essen (d550) und Trinken (d560) in jeweils drei neu zu definierende aufgeteilt werden, um verschiedene Vorbereitungen vom eigentlichen Essen bzw. Trinken zu unterscheiden. Für mehrere andere Items ist ebenfalls eine Teilung zu überlegen.

Es sollte Veränderungen des Theorieteils geben: Eine Kürzung der Theorie durch Entfernen von Redundanzen würde die verwirrenden leichten Unterschiede zwischen den Wiederholungen vermeiden. Wichtig ist die Umsetzung einiger Themen aus dem Anhang in den Hauptteil: der „Kodierungsleitlinien für die ICF“, der Anleitungen zur Handhabung des Konzepts „Aktivitäten und Partizipation“ sowie der Kapitel „ICF und Menschen mit Behinderungen“ und „Ethische Leitlinien zur Verwendung der ICF“, da sie für die Anwendung und möglichen Auswirkungen der ICF von grundlegender Bedeutung sind.

Literatur

DIMDI, 2002: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Korrekturfassung, www.dimdi.de.

WHO 2001: International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva.

Meyer, A., 2004: Kodieren mit der ICF: Klassifizieren oder Abklassifizieren? Potenzen und Probleme der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Heidelberg: Edition S im Universitätsverlag Winter.

ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation

Bühler, S., Frommelt, P.
Asklepios Klinik Schaufling

Es wurde untersucht, wie der Zielsetzungsprozess in der neurologischen Rehabilitation abläuft und ob Therapieziele für eine bestimmte Patientengruppe - berufstätige Schlaganfallpatienten - auf Basis der ICF formuliert werden können. Zunächst wurde in der Literatur nach Kriterien für Therapieziele und die Vorgehensweise bei der Zielfindung gesucht. Therapieziele sollten demnach:

- patientenorientiert formuliert sein und für den Patienten bedeutsam sein
- innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens erreichbar sein
- zeitlich bestimmt sein
- messbar, d.h. Zielerreichung muss überprüfbar sein (McGrath, 2004; Pössl & Schellhorn, 2002).

Partizipation als Basis der Zielformulierung bedeutet (McGrath, 2004):

- Das Erreichen bestimmter Fähigkeiten ermöglicht dem Rehabilitanden eine bestimmte Rolle/Position in der Gesellschaft einzunehmen.
- Rehabilitand und Angehörigen sollen für sie wichtige Lebensbereiche benennen z.B. mit dem Life Goal Questionnaire oder dem Canadian Occupational Performance Measure.
- Ziele in der Rehabilitation müssen unter Beachtung des realen Kontextes, d.h. der Umweltfaktoren erstellt werden.

Es wurde eine Stichprobe von 30 Patienten im Alter zwischen 32 und 64 Jahren untersucht, die nach einem Schlaganfall stationär aufgenommen wurden. Ausgewertet wurden Daten aus der ICF- Checkliste Version 2.1a, die im Rahmen des Forschungsprojektes "Verwendung der ICF in der sozialmedizinischen Beurteilung" bereits erhoben worden waren. Die hier ermittelten Beeinträchtigungen wurden den Therapiezielen in der interdisziplinären Teamdokumentation (sog. Teamprotokoll) und im Rehabilitationsentlassungsbericht gegenübergestellt.

Ergebnisse

Die formulierten Therapieziele entsprechen nur teilweise den oben aufgestellten Kriterien. Als Aktivitäten formulierte Therapieziele sind in der Regel zwar für den Patienten bedeutsam, die konkrete Bedeutsamkeit für den Rehabilitanden kann aber sowohl in den Teamprotokollen als auch in den Entlassungsbriefen nur indirekt herausgelesen werden. Zu wenig geachtet wird auf die Überprüfbarkeit aufgestellter Ziele, eine zeitliche Planung fehlt ganz. Ein Großteil der Ziele bezieht sich auf die Komponente der Körperfunktionen. In den Teamprotokollen werden hierzu 49 % aller Ziele, in den Entlassungsbriefen sogar 63 % aller Ziele formuliert. Für den Bereich der Aktivitäten und der Partizipation werden entsprechend weniger Ziele gesetzt. In den 30 Teamprotokollen finden sich immerhin 18 Ziele im Bereich der beruflichen Tätigkeit, sowie jeweils 5 Ziele im Bereich der Haushaltsführung und der Freizeit. In den Entlassungsbriefen findet sich bezogen auf die Partizipation lediglich eine Zielformulierung, die auf die berufliche Tätigkeit bezogen ist.

Konsequenzen

Eine ICF-basierte Vorgehensweise im Zielsetzungsprozess misst den Ebenen der Partizipation und der Umweltfaktoren eine zentrale Bedeutung zu und berücksichtigt diese im Rehabilitationsprozess früher und stärker als bisher. Daneben ist eine regelmäßige Kontrolle der Ziele auf Einhaltung der aufgestellten Kriterien wichtig. Um die ICF-basierte Vorgehensweise des Zielsetzungsprozesses zu unterstützen, wurde die vorhandene Dokumentation der patientenorientierten Teambesprechungen überarbeitet. In den sog. Teamprotokoll werden zudem die Ziele des Patienten für die Rehabilitation und seine langfristigen Ziele (Lebensziele) klarer herausgearbeitet. Das neue Teamprotokoll befindet sich derzeit in Erprobung, erste Ergebnisse werden auf der Tagung vorgestellt.

Literatur

Pössl, J., Schellhorn (2002): Therapieziele in der neuropsychologischen Rehabilitation. In: Goldenberg, G. et al. (Hrsg.): Neuropsychologie im Alltag. Stuttgart: Thieme Verlag.
McGrath, J. (2004): Interdisziplinäre Zielsetzung in der neurologischen Rehabilitation. In: Frommelt, P., Grötzbach, H. (Hrsg.): Neuro Rehabilitation. Grundlagen, Praxis, Dokumentation. Berlin: ABW (im Druck).

Prävalenz von ICF-Kategorien im Outcome Assessment klinischer Studien zum Reizdarmsyndrom

Schönrich, S., Brockow, T., Franke, T., Resch, K.L.

Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft Bad Elster

Hintergrund und Zielstellung

In der Vorbereitungsphase des Projektes „Development of ICF-Core Sets for Clinical Practice“ (Stucki et al., 2002) wurde eine Review-Methodik entwickelt, mit der die im Outcome Assessment klinischer Studien enthaltenen Konzepte/Inhaltsmerkmale identifiziert und quantifiziert werden konnten. Als externes Referenzsystem wurde die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eingesetzt. Reviews wurden für die 12 häufigsten chronischen Gesundheitsstörungen erstellt (Stucki et al., 2004). Da gastroenterologische Erkrankungen im Rahmen des Projektes keine Berücksichtigung finden konnten, wurde ergänzend eine systematische Literaturanalyse über das Outcome Assessment klinischer Studien zum Reizdarmsyndrom durchgeführt. Hauptziel des systematischen Reviews war die Evaluation inhaltlicher Aspekte der funktionalen Gesundheit, die im Outcome Assessment randomisierter, kontrollierter Therapiestudien zum Reizdarmsyndrom berücksichtigt wurden. Nebenziele waren eine nach Interventionsklassen stratifizierte Analyse, eine Inhaltsbewertung der identifizierten reizdarmsyndromspezifischen Fragebögen sowie die Klassifikation der in den Studien verwendeten Outcome-Measures.

Methodik

Die Bearbeitung der Fragestellung erfolgte in Form eines systematischen Reviews. Methodischer Schwerpunkt war die systematische Identifizierung der im Outcome Assessment klinischer Studien enthaltenen Konzepte/Inhaltsmerkmale nach den Prinzipien einer dedukti-

ven Inhaltsanalyse, wobei als externes Kategoriensystem die ICF herangezogen wurde. Die Outcome-Measures wurden aus in englischer Sprache publizierten, randomisierten, kontrollierten klinischen Studien zum Reizdarmsyndrom extrahiert, die bis zum 24.04.02 in der Literaturdatenbank PubMed® gelistet waren. Die Inklusion der Studien in den Review erfolgte anhand prä-definierter Selektionskriterien. Psychometrische Studien, Studien zur Primärprävention und Studien mit heterogener Studienpopulation wurden exkludiert. Neben den Outcome-Measures wurden allgemeine (z.B. Rekrutierungsmodus, Begleiterkrankungen, Land der Studiendurchführung) und reizdarmsyndromspezifische Daten (z.B. Reizdarmsyndrom-Subtypen, Diagnosekriterien) aus den Studien extrahiert. Originalarbeiten zu den Outcome-Measures wurden durch Reference-Checking der Studien, Re-Reference-Checking identifizierter Arbeiten und Internet Recherchen ermittelt. Die Inhaltsmerkmale der Outcome-Measures wurden extrahiert und anschließend anhand standardisierter „Linking-Rules“ (Cieza et al., 2002) geeigneten ICF-Kategorien zugeordnet. Die Eingabe und Analyse der Studiendaten sowie der Linking-Prozess erfolgten in einer relationalen SQL-Datenbank (Structured Query Language Server, 2000). Die Auswertung beschränkte sich auf ICF-Kategorien der 2. Klassifikationsebene, die eine Mindesthäufigkeit von 10 % erreichten.

Ergebnisse

Mit Hilfe der Suchstrategie konnten 171 Studien identifiziert werden. 99 Studien wurden nach Durchsicht der Originalarbeiten in den Review eingeschlossen. 2.271 Inhaltsmerkmale wurden insgesamt aus den verwendeten Outcome-Measures extrahiert, die auf 24 ICF-Kategorien der 2. Klassifikationsebene mit einer Mindesthäufigkeit von 10 % abgebildet werden konnten. 81 % der extrahierten Inhaltsmerkmale konnten ICF-Kategorien der Komponente „Körperfunktionen“ zugeordnet werden. Häufigste ICF-Kategorien waren dabei „defecation functions“ (Defäkationsfunktion) (b525) und „sensation of pain“ (Schmerz) (b280), die in 86 bzw. 84 % der Studien vorkamen. ICF-Kategorien der Komponenten „Aktivitäten/Partizipation“ und „Umweltfaktoren“ waren unterrepräsentiert. Dem Outcome Assessment von Studien, die medikamentöse und diätetische Interventionen testeten konnten hauptsächlich ICF-Kategorien zugeordnet werden, die gastrointestinale und dyspeptische Symptome widerspiegeln. Aspekte der mentalen Gesundheit wurden vor allem im Outcome Assessment von Studien berücksichtigt, die psychologische Interventionen testeten. 3 reizdarmsyndromspezifische Fragebögen konnten extrahiert werden. Der Irritable Bowel Syndrome-Symptom Questionnaire sowie der Adequate Relief erfassen typische Symptome des Reizdarmsyndroms. Ihnen konnten nur ICF-Kategorien der Komponente „Körperfunktionen“ zugeordnet werden. Nur der Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life konnte als ein Fragebogen zur Erhebung der spezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Reizdarmsyndrompatienten identifiziert werden. Dessen Items konnten hauptsächlich den ICF-Komponenten „Körperfunktionen“ und „Aktivitäten/Partizipation“ zugeordnet werden. 324 verschiedene Outcome-Measures wurden extrahiert, davon 32 Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen, 142 Einzel-Items, 35 klinische und apparative Tests, 45 Labortests sowie 70 unerwünschte Ereignisse. 83 % der Studien verwendeten mindestens ein Einzel-Item zu gastrointestinalen Symptomen.

Diskussion

Unter Zuhilfenahme der ICF als Bezugssystem war es möglich, die Aspekte der funktionalen Gesundheit, die im Outcome Assessment klinischer Studien zum Reizdarmsyndrom verwendet wurden sowie potentielle Defizite zu identifizieren. Vordergründig wurden im Outcome Assessment klinischer Studien zum Reizdarmsyndrom symptomorientierte Outcome-Measures verwendet. Aspekte der ICF-Komponenten „Aktivitäten/Partizipation“ und „Umweltfaktoren“ sollten in der Weiter- bzw. Neuentwicklung bestehender/neuer Outcome-Measures stärkere Berücksichtigung finden.

Literatur

- Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, et al. (2002): Linking Health-Status Measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med*, 34, 205-10.
- Stucki G, Grimby G, eds. (2004): ICF-Core Sets for chronic conditions. *J Rehabil Med*, Suppl. 44.
- Stucki G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Ustun TB (2002): Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil*, 24(5), 281-2.

Das „Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen³

Baron, S., Linden, M.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité und der Rehabilitationsklinik Seehof der BfA, Teltow/Berlin

Hintergrund

Die von der WHO herausgegebene Internationale Klassifikation der Funktionsstörungen (ICF, WHO 2001) ermöglicht in Ergänzung zur Beschreibung von Erkrankungen auf dem Symptomniveau (= Funktionsstörungen) erstmals auch systematisch eine zusätzliche Beschreibung von Fähigkeits- und Partizipationsstörungen. Ihr liegt ein bio-psycho-soziales Modell zugrunde, das auch die Rolle der Kontextfaktoren (personbezogene und Umweltfaktoren) bei der Definition von Behinderung mit berücksichtigt. Allerdings ist die ICF ihrer Struktur nach so komplex, dass sie für die klinische Anwendung nur bedingt nutzbar ist.

Methode

Aufbauend auf klassischen Verfahren zur Erfassung von basalen Fähigkeitsstörungen wie z.B. dem Barthel Index (BI, Mahoney & Bartel, 1965), dem Sickness Impact Profile (SIP, Bergner et al., 1981) und in Anlehnung an das Groningen Social Disabilities Schedule II (SDS, Wiersma et al., 1988) und die ICF (WHO, 2001) wurde eine Fremdrating-Skala entwickelt, die „mini-ICF-P“, die ermöglicht, auf zwölf Dimensionen psychopathologie-assoziierte Fähigkeitsstörungen zu beschreiben und zu quantifizieren. Beurteilt werden: (1) Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, (2) Fähigkeit zur Tagesstrukturierung, (3) Flexibilität, (4) Kompetenz, (5) Durchhaltefähigkeit, (6) Selbstbehauptungsfähigkeit, (7) Fähigkeit zur Teilnahme an öffentlichen Rollen, (8) Kontaktfähigkeit zu Dritten, (9) Fähigkeit zu familiären Beziehungen, (10) Fähigkeit zu außerberuflichen Aktivitäten, (11) Fähigkeit zur Selbstversorgung und (12) Wegefähigkeit. In einer ersten empirischen Überprüfung wurde dieses Instrument an 125 Patienten (100 Frauen, 25 Männer) einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik eingesetzt.

Ergebnisse

Es fand sich eine Paralleltest-Reliabilität von $r = 0.59$ für den Globalwert. Das Mini-ICF-P korrelierte mit Skalen, die kognitive und motivationale Faktoren erfassen, sowie mit der Länge von Krankheits- bzw. Arbeitsunfähigkeitszeiten.

³ Die Arbeit wurde gefördert durch eine Forschungszuwendung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nach § 31 (1) 5 SGB VI.

Diskussion

Das Mini-ICF-P erwies sich als ein kurzes Instrument zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen, das für den Einsatz in der klinischen Routine und speziell der Rehabilitationsmedizin geeignet ist. Seiner Struktur nach eignet es sich auch zur Unterstützung bei sozialmedizinischen Beurteilungen. Das Prinzip des Mini-ICF-P ist von seiner Struktur her auch auf andere Erkrankungsgruppen zu übertragen, wobei dann jedoch störungsspezifische Adaptationen erforderlich sind.

Literatur

- Bergner, M., Bobbit, R.A., Carter, W.B. et al., (1981): The Sickness Impact profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*, 19: 787-805.
- Mahoney, F.J., Barthel, D.W. (1965): Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland, State Medical Journal*, 14: 61-65.
- Wiersma, D., DeJong, A., Ormel, J. (1988): The Groningen Social Disability Schedule: Development, relationship with I.C.I.D.H., and psychometric properties. *Int. J. Rehab. Research*, 11 (3): 213-224.
- World Health Organization (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva, World Health Organization.

Lassen sich die Folgen krankheitswertiger mütterlicher Erschöpfungszustände mit der ICF beschreiben?

Sperlich, S., Barre, F., Collatz, J.

Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder, Medizinischen Hochschule Hannover

Einleitung

Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit wurde mit der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) erheblich erweitert und vor allem der gesamte Lebenshintergrund von gesundheitlich beeinträchtigten Personen stärker berücksichtigt. Seit dem 01.04.2004 basieren auch die Rehabilitationsrichtlinien für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation inklusive der Leistungen nach § 41 SGB V (Rehabilitation für Mütter) auf der Konzeption der ICF. Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder verfolgen unter Berücksichtigung der geschlechts- und rollenspezifischen Lebenszusammenhänge das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken, Schädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe von Müttern entgegenzuwirken. Im folgenden wird untersucht, inwieweit die ICF geeignet ist, den Gesundheitszustand der Patientinnen dieser Einrichtungen zu beschreiben.

Methodik

Collatz et al. (1998) systematisierten mit dem Modell des „Leitsyndroms mütterlicher Erschöpfung“ die komplexe müttertspezifische Krankheitssituation und daraus folgend den Rehabilitationsbedarf. Im Rahmen eines Qualitätssicherungsverfahrens mit den MitarbeiterInnen aus Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder wurde versucht, dieses Modell nach der ICF zu operationalisieren. In einem ersten Schritt wurden die

MitarbeiterInnen anhand offizieller Übungsmaterialien (Schuntermann, 2002) in die Grundlagen und die Verschlüsselung der ICF eingeführt. Anschließend wurden die MitarbeiterInnen gebeten, aus dem ICF-Katalog die relevanten Codes für die mütterliche Gesundheitssituation zu bestimmen. Die einrichtungsspezifischen Ergebnisse wurden in einer weiteren Qualitätszirkelsitzung zusammengetragen und ein Teilkatalog mit relevanten ICF-Codes für die mütterspezifische Prävention und Rehabilitation entwickelt.

Ergebnisse

Für die Klassifikation der 'Körperfunktionen' wurde vor allem das Kapitel 1 'Mentale Funktionen' (b110-b139) als bedeutsam für den mütterlichen Rehabilitationsbereich erachtet, während dem Bereich der 'Körperstrukturen' nur in Ausnahmefällen Relevanz zugesprochen wurde. Im Bereich der 'Aktivitäten/Teilhabe' stehen insbesondere Codes aus dem Kapitel 7 'Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen' (d710-d779) im Vordergrund. Aus dem Bereich der Umweltfaktoren wurden Codes aus dem Kapitel 3 'Unterstützung und Beziehungen' (e310-e399) sowie Kapitel 4 'Einstellungen' als relevant herausgestellt (vgl. Tab. 1). Familienmedizinische Kontextfaktoren, wie z.B. die Auswirkungen von Störungen der Entwicklung, des Verhaltens oder der Gesundheit des Kindes auf die mütterliche Gesundheit und den Rehabilitationsbedarf können bisher nicht nach ICF verschlüsselt werden.

Tab. 1: Relevante ICF-Codes für die mütterspezifische Prävention und Rehabilitation

Code	Beschreibung
b	Körperfunktionen
b126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
b134	Funktionen des Schlafes
b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
b152	Emotionale Funktionen
b710-b729	Funktionen der Gelenke und Knochen
b730-b749	Funktionen der Muskeln
d	Aktivitäten/ Teilhabe
d175	Probleme lösen
d177	Entscheidungen treffen
d230	Die tägliche Routine durchführen
d240	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
d570	Auf seine Gesundheit achten
d640	Hausarbeiten erledigen
d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten
d720	Komplexe interpersonelle Interaktion
d760	Familienbeziehungen
d7600	Eltern-Kind-Beziehungen
d770	Enge Beziehungen
d7701	Eheliche Beziehungen
d845	Ein Arbeitsverhältnis finden, behalten und beenden
d850	Bezahlte Tätigkeit
d870	Wirtschaftliche Eigenständigkeit

d920	Erholung und Freizeit
d9204	Hobbys
d9205	Geselligkeit
e	Umweltfaktoren/Kontextfaktoren
e310	Engster Familienkreis
e315	Erweiterter Familienkreis
e320	Freunde
e460	Gesellschaftliche Einstellungen
e465	Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen

Diskussion und Ausblick

Das ganzheitliche und ebenfalls auf dem bio-psycho-sozialen Ansatz beruhende Modell mütterlicher Erschöpfung ließ sich gut auf die Ebenen der ICF transformieren. Vor allem die Aktivitäts- und Partizipationsstörungen ermöglichen eine Beschreibung zentraler mütterspezifischer Beeinträchtigungen, die mit den bisherigen Klassifikationssystemen bislang nicht abgebildet werden konnten. Grundsätzlich wurde jedoch deutlich, dass sich die Klassifikationen der ICF noch weitestgehend auf den klassischen, vorwiegend auf körperliche Beeinträchtigungen zielenden Behinderungsbegriff beziehen. Vor diesem Hintergrund war häufig eine Interpretationsleistung erforderlich, um die Klassifikationen auf das Beschwerdebild der Mütter übertragen zu können. Inwieweit sich der ICF-Ausschnitt für Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen als tauglich erweist, muss der weitere theoretische Diskurs und die derzeit laufende empirische Überprüfung zeigen (vgl. dazu den Beitrag von F. Barre in diesem Band).

Literatur

- Collatz, J., Fischer, G.C., Thies-Zajonc, S. (1998): Mütterspezifische Belastungen – Gesundheitsstörungen – Krankheit. Das Leitsyndrom zur Begutachtung und Indikationsstellung von Mütter- und Mutter-Kind-Kuren. VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.
- Schuntermann, M.F. (2002): Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). VDR Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung. Frankfurt am Main. www.vdr.de

Leistungsbeurteilung auf einen Blick. Überwindung von Schnittstellen durch eine graphische Übersichtsdarstellung mit der ICF

Ueberle, M., Frommelt, P., Grötzbach, H.

Forschungsgruppe ICF an der Asklepios Klinik Schauffling

Hintergrund

Gutachter von Rentenversicherungsträgern zeigen hinsichtlich klinischer Reha-Entlassungsberichte eine sehr variierendes Rezeptionsverhalten. Beklagt wird Zeitdruck, der ein gründliches Lesen häufig nicht zulässt. Daneben sind die Gutachter oft nicht mit der ICF vertraut (Ueberle et al, 2004a). Soll eine Leistungsbeurteilung in Anlehnung an die ICF er-

folgen, ist also eine prägnante und didaktisch geschickte Darstellung notwendig. Eine an der ICF orientierte Leistungsbeurteilung sollte zudem in die klinischen Abläufe integriert sein (Ueberle et al, 2004c). Die vorliegende Untersuchung basiert auf Erfahrungen aus einer neurologischen Rehabilitationsklinik.

Methodik

Zunächst waren relevante Items aus der ICF zu identifizieren. Eine Möglichkeit hat die Forschungsgruppe mit Kurzversionen der ICF geliefert, die besonders für die Leistungsbeurteilung ausgelegt sind. Sie sind unter dem Akronym NILS vorgestellt worden (Ueberle et al, 2004b). Die Datenerhebung wurde in die klinischen Abläufe eingeführt. Zum Teil lagen die Daten bereits in eingeführten Assessmentinstrumenten vor und konnten in das Konzept der ICF übertragen werden. Für die Kommunikation an die Gutachter wurde eine graphische Darstellung in gruppierten Balkendiagrammen gewählt, die mit dem EDV-Programm MS Excel realisiert wurde.

Für die Untersuchung liegen Daten von 74 Patienten vor. Die entstandenen Graphiken wurden gemeinsam mit den Reha-Entlassungsberichten versandt. Da die Adressaten größtenteils mit der ICF nicht vertraut sind, wurde eine kurzgefasste „Leseanleitung“ beigelegt. In wenigen Minuten sollte es so ermöglicht werden, die Darstellung nachzuvollziehen. Ein erwünschter Nebeneffekt war es, auf diesem Wege die Bereitschaft zu einer intensiveren Beschädigung mit der ICF zu fördern. Über einen Fragebogen wurden die Adressaten nach ihrer Einschätzung des Konzeptes befragt.

Ergebnisse

Bisher liegen Rückmeldungen aus 22 Fällen vor (Rücklauf knapp 30 Prozent). Zu 95 Prozent handelt es sich dabei um Ärzte aus Landesversicherungsanstalten, die eine Begutachtung nach Aktenlage durchführen. Die Empfänger waren gebeten worden, das Konzept nach verschiedenen Kriterien, wie Verständlichkeit und langfristigen Nutzen, zu beurteilen. Die Verständlichkeit erzielte auf der vorgegebenen Skala von 1 (schlecht) bis 7 (sehr gut) einen Median von 5, was einer Schätzung von „verständlich“ entspricht. Die gelieferten Informationen wurden mit einem Median von 6 als „sehr nützlich“ für einen Überblick zum funktionalen Zustand des Patienten empfunden. Nach einer allfälligen Etablierung in die gewöhnlichen Abläufe wird das Konzept seitens der Gutachter als voraussichtlich „hilfreich“ (Median = 5) eingestuft.

Ausblick

Die ICF bietet das Potential für eine effiziente Kommunikation von Komponenten der erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit. Innovative Darstellungen werden von Adressaten in der Leistungsbeurteilung angenommen. Obwohl eine Anwendung der ICF sinnvollerweise Schulungen erfordert, kann ein passives Verständnis von Daten, die innerhalb des Systems der ICF erhoben wurden, auch mit einem geringeren Schulungsaufwand erzielt werden.

Literatur

Ueberle, M., Frommelt, P., Grötzbach, H., 2004a: Praktische Routinen neurologischer Gutachter bei Rentenversicherungsträgern. VDR: 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV Schriften, Bd. 52: S. 343-345.

- Ueberle, M., Frommelt, P., Grötzbach, H. 2004b: Implementation of the ICF in Neurorehabilitation. 8th Congress of the European Federation for Research in Rehabilitation, Laibach. International Journal of Rehabilitation Research, 27, S. 40.
- Ueberle, M., Bühler, S., Frommelt, P., Grötzbach, H. 2004c: The ICF as a tool for goalsetting and interdisciplinary communication in neurological rehabilitation. 14th European Congress Conference on Physical and Rehabilitation Medicine. Wien, 12.-15. Mai 1004. Tagungsband S. 55.
- Winge, S. et al., 2002: Schnittstellen in der Rehabilitation. Die Rehabilitation; 41, S. 40-47.

Weiterentwicklung und Validierung eines Verfahrens zur Visitation von Rehabilitationseinrichtungen

Meixner, K. (1), Lubenow, B. (2), Brückner, U. (2), Gerdes, N. (3)

(1) Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, (2) Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Abteilung Rehabilitation, Berlin, (3) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung e.V., Bad Säckingen

Hintergrund

Visitationen werden als Instrument der externen Qualitätssicherung verstanden, mit dem strukturelle und organisationale Gegebenheiten einer Gesundheitseinrichtung von einrichtungsfremden Experten vor Ort geprüft werden können. Spezifische Vorteile einer Visitation sind darin zu sehen, dass die Prüfung unmittelbar in der Einrichtung erfolgt, parallele Informationen aus unterschiedlichen Quellen einbezogen werden können (Gespräche mit ärztlicher und administrativer Leitung, mit Therapeuten und Patienten, Besichtigung der Gegebenheiten vor Ort) und im gemeinsamen Dialog zwischen Visitoren und leitenden Mitarbeitern der Einrichtung Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität vereinbart werden können. In nationalen und internationalen Qualitätssicherungskonzepten sind Visitationen oder klinische Audits etabliert (z.B. Johnston et al., 2000; Farin et al., 2003). Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) führt in den von ihr belegten Kliniken regelmäßig Visitationen durch. Das Projekt zielte darauf ab, das Vorgehen sowie die Bewertungskriterien, die einer BfA-Visitation zugrunde gelegt werden, zu manualisieren (erste Projektphase) und die Reliabilität der Bewertungen zu prüfen (zweite Projektphase).

Methodik (erste Projektphase)

Mit Experten der BfA, die umfassende Erfahrung mit der Durchführung von Visitationen haben und sowohl den Verwaltungsbereich als auch den medizinischen Fachbereich repräsentieren, wurde das Manual zur Durchführung von Visitationen in drei Konsensuskonferenzen entwickelt. Zu Beginn wurden die Bereiche definiert, die bei einer Visitation geprüft werden sollen. Die weiteren Treffen waren darauf ausgerichtet, für jeden Bereich Leitfragen und Einzelmerkmale sowie Bewertungskriterien für die Prüfung zu definieren. Die Ergebnisse der Treffen wurden zeitnah aufbereitet und gingen in die jeweils folgende Diskussion ein, so dass das Manual in mehreren Überarbeitungsschleifen entstanden ist (Delphi-Methodik).

Ergebnis

Das Grundgerüst des Manuals bilden die vier Dimensionen „Ärztlich-therapeutische Prozesse“, „Klinikinterne Prozesse“, „Internes Qualitätsmanagement“ und „Strukturmerkmale“. Für jede Dimension sind einzelne Bereiche definiert, die zur Beurteilung vorgesehen sind. Die Dimension „Ärztlich-therapeutische Prozesse“ beinhaltet z.B. die Bereiche „Anamnese“, „Diagnostik“, „Sozialmedizin“, „Nachsorge“, „Gesundheitstraining/Schulungen“ und „Arzt-Patienten-Kontakt“. Jeder Bereich ist wiederum in einzelne Merkmale unterteilt, für die je-

weils Informationsquellen, Leitfragen, Bewertungskriterien sowie Bewertungsstufen definiert sind. Für Strukturmerkmale sind zweistufige Antwortkategorien vorgesehen („vorhanden“, „nicht vorhanden“). Für die übrigen Dimensionen erfolgte die Kategorisierung der Bewertungsstufen anhand der Konsequenzen, die aus der Bewertung folgen: „schwere Mängel“ resultieren in einer schriftlichen Vereinbarung zwischen BfA und Klinik, die eine sofortige Behebung der Mängel festschreibt. Liegen „deutliche Mängel“ vor, soll die schriftlich vereinbarte Veränderungsmaßnahme in einem zu definierenden Zeitraum vorgenommen werden. Unter dieser Perspektive konnten die beiden Kategorien „keine“ bzw. „leichte“ Mängel zusammengefasst werden, weil sie keine zu dokumentierenden Konsequenzen von Seiten der Klinik erfordern. Je nach Anlass der Visitation kann der Zweck und damit der Umfang der Prüfung variieren. Aus diesem Grunde wurde das Visitations-Manual modular konzipiert, d.h. für die gezielte Prüfung können einzelne Bereiche herausgegriffen werden - z.B. weil sie aufgrund der Vorinformationen über die betreffende Einrichtung auffällig waren. Damit bietet das Manual die Möglichkeit, jede Visitation den Erfordernissen des Einzelfalls entsprechend durchzuführen. Da die Visitationen unter anderem dazu dienen, die Ergebnisse aus den übrigen qualitätsbezogenen Informationen zu überprüfen, gehen Vorinformationen als Input in die Planung der Visitation ein, z.B. Ergebnisse der Qualitätssicherung, KTL-Daten, Beschwerden aus der Einrichtung etc.

Ausblick

Um die Praktikabilität und Inter-Rater-Reliabilität des Visitations-Manuals zu prüfen, sind im Oktober 2004 in 10 Kliniken „Test-Visitationen“ durchgeführt worden (2. Projektphase). Dabei haben jeweils drei „Visitoren-Teams“ (pro Team ein(e) Mitarbeiter(in) aus dem medizinischen und eine(r) aus dem administrativen Bereich der BfA) zeitgleich eine Klinik besucht, wobei eines der Teams die Durchführung der Visitation leitete und die beiden anderen Teams „stille Beobachter“ waren. Nach der Visitation dokumentierten die Teams das Ergebnis unabhängig voneinander auf einem Dokumentationsbogen, der die Inhalte des Manuals abdeckt. Ein Vergleich der Bewertungen zwischen den drei Teams zeigt, in wie weit die Visitationsergebnisse von der Person der Beurteiler unabhängig sind und insofern als reliabel gelten können. Aufgrund der Ergebnisse der zweiten Projektphase ist eine abschließende Überarbeitung des Visitationsmanuals in der Konsensrunde geplant. Nach Fertigstellung des Manuals soll eine Implementation des weiterentwickelten Verfahrens stattfinden, die dann auch eine EDV-gestützte Vorbereitung, Planung sowie Dokumentation bzw. Berichterstellung der Visitation umfassen soll. Im Rahmen des hier beschriebenen Projektes wird dafür eine Spezifikation erarbeitet.

Literatur

- Johnston, G., Crombie, I.K., Davies, H.T., Alder, E.M., Millard, A. (2000): Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality in Health Care*, 9, 23-36.
- Farin, E., Gerdes, N., Jäckel, W.H., Follert, P., Klein, K., Glattacker, M. (2003): „Qualitätsprofile“ von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 8, 191-204.

Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen auf der Grundlage der Ergebnisse aus der Patientenbefragung

Rundel, M., Körner, M., Kohl, C.F.R., Löschmann, C., Nübling, R.
 eqs-Institut, Karlsruhe

Hintergrund

Am Patientenurteil orientierte Qualitätsverbesserungen stehen im Zentrum der internen Qualitätsmanagement-Programme sowie der externen Qualitätssicherungssysteme. Kontinuierlich durchgeführte Patientenbefragungen bieten einen wichtigen Input zur Steuerung und Evaluation von qualitätsrelevanten Prozessen (Trojan, Nickel, 2001). Die Qualitätsentwicklung in Rehabilitationskliniken erfordert als eine kontinuierliche Aufgabe eine Systematik zur Datenerhebung, Datenanalyse, Darstellung der Ergebnisse und Dissemination der gewonnenen Informationen. Das damit verbundene Ziel der Ermittlung konkreter Ansatzpunkte zur Planung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen stellt die Einrichtungen jedoch nicht selten vor erhebliche Schwierigkeiten.

Methodik

Die systematische Erfassung der Patientensichtweise im Rahmen des internen Qualitätsmanagements muss als geplanter und zielgerichteter Prozess eingeführt werden. Die Schwierigkeit besteht darin, mit möglichst geringem Ressourcenaufwand alle qualitätsrelevanten Informationen aus der Patientenbefragung zu filtern und in einen Verbesserungsprozess einzubeziehen. Der zentrale Qualitätszirkel bietet sich an, die Ergebnisse zu diskutieren, zu interpretieren und Maßnahmen abzuleiten. Hierbei hat sich eine Vorgehensweise in drei Stufen bewährt (angelehnt an das „zweigleisige Modell der Qualitätssicherung“; Nübling, Schmidt, 1998). Voraussetzung ist, dass die Befragungsergebnisse nach Auffälligkeiten gefiltert werden (sog. Reports, Synopsen) und die offenen Antworten strukturiert aufbereitet sind (vgl. Tab. 1, Abb. 1).

Tabelle 1: Auszug aus Rückmeldung zur Patientenbefragung

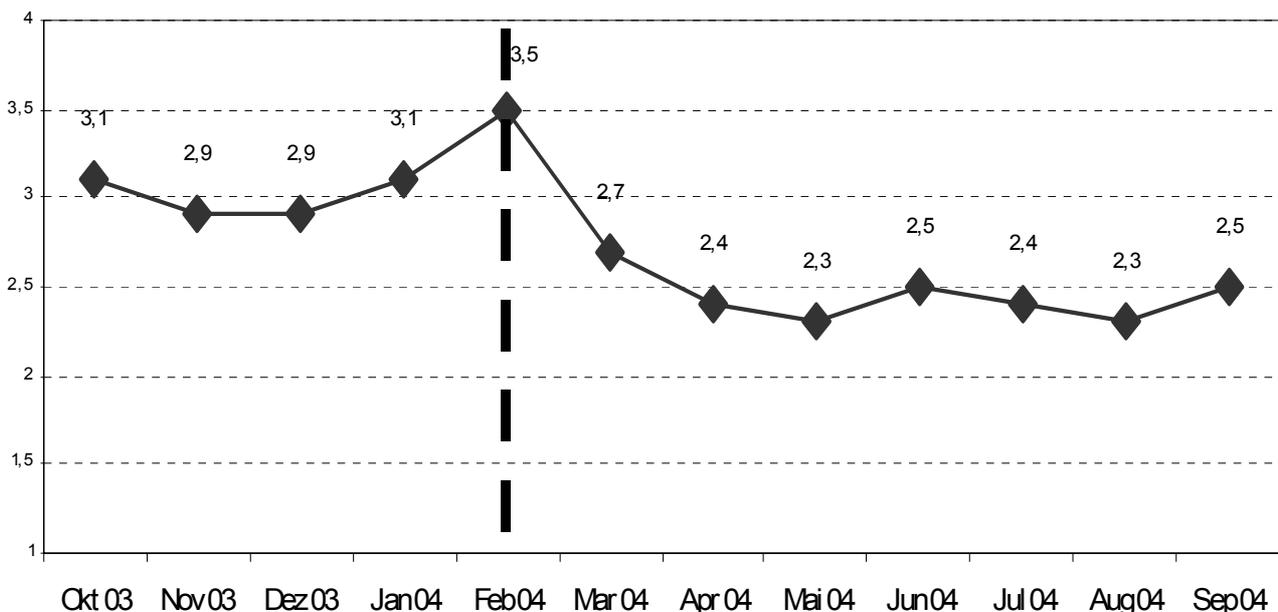
Behandlung allgemein	Okt bis Dez 2003 N = 210		Jan bis Mar 2004 N = 127	
	M	P	M	P
Therapieangebot insgesamt	2.0	83%	2.0	79%
Gesamtorganisation	2.4	60%	2.6	52%
Therapieplanung	3.0	30%	3.1	32%
Medizinische Betreuung	2.0	76%	2.1	75%
Psychologische Betreuung	1.8	87%	1.8	81%
Pflegerische Betreuung	1.8	88%	2.0	80%

M: Mittelwert 1.0-1.5 1.6-2.0 2.1-2.5 2.6-3.0 3.1-5.0 keine Bewertung (n<10)
 P: Prozentualer Anteil der Patienten mit positiven Beurteilungen ('sehr gut' oder 'gut' angekreuzt).

Praxis

Obige Darstellungen zeigen die Bewertung der „Therapieplanung“ durch die Patienten für den Zeitraum Januar 2003 bis September 2004. Im Februar 2004 wurde, nach einer weiteren Verschlechterung im Routinemonitoring (Tab. 1) das Ergebnis im Qualitätszirkel der Klinik vorgestellt. Die anschließende Diskussion (Stufe 1) ergab einen klaren Handlungsbedarf, konkrete Maßnahmen ließen sich jedoch nicht ableiten. In einem zweiten Schritt wurden die Antworten zu den offenen Fragen aus der Patientenbefragung diskutiert (Stufe 2).

Abbildung 1: Auswertung Patientenbefragung, Item Therapieplanung



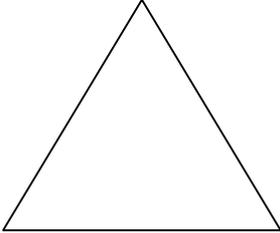
Skalierung: 1=sehr gut, 5=sehr schlecht

Doch auch auf dieser Ebene waren die Informationen nicht differenziert genug, um Ansatzpunkte für konkrete Verbesserungsmaßnahmen erkennen zu können. Schließlich entschied der Qualitätszirkel, eine detaillierte Zusatzbefragung zur Therapieplanung durchzuführen (Stufe 3). Erst hier wurden die Faktoren deutlich, die zur negativen Bewertung der Patienten führten, u.a. die mangelnde Präsenz der Mitarbeiter im Therapieplanungsbüro und Wartezeiten vor Behandlungen. Konkrete Änderungen führten zu einer deutlichen Verbesserung im Patientenurteil (Abb.1).

Diskussion

Die Umsetzung der Kunden-/Patientenorientierung im Rahmen des Qualitätsmanagements erfordert geplante, systematische Prozesse zur Erhebung und Verwertung der Patientenanfragen. Die Diskussion der Ergebnisse und deren Interpretation sollte zielgerichtet durchgeführt und in den jeweiligen Einrichtungen unter Berücksichtigung möglicher Schwierigkeiten institutionalisiert werden. Dazu zählt bspw. der Widerstand einzelner Mitarbeiter aufgrund der direkten Bewertung ihrer Arbeit. Über das vorgeschlagene dreistufige Modell in Verbindung mit einer zeitnahen Rückmeldung valider Ergebnisse eröffnet sich die Möglichkeit konkreter Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen auf allen qualitätsrelevanten Ebenen.

Tabelle 2: Dreistufige Vorgehensweise zur Ermittlung der Verbesserungspotentiale

Stufen	Voraussetzungen / Indikation	Vorgehensweise	Schaubild
1	Zeitnahe Ergebnisse auf Itemebene, quantitative Auswertung	Diskussion der Ergebnisse im QZ unter Moderation	abstrakt, ökonomisch  konkret, aufwendig
2	Stufe 1 zeigt Handlungsbedarf, konkrete Maßnahmen sind jedoch nicht ableitbar – oder: Routineauswertung der offenen Antworten	Auswertung, Vorstellung und Diskussion der Offenen Antworten	
3	Stufen 1 und 2 zeigen Handlungsbedarf, konkrete Maßnahmen sind jedoch nicht ableitbar	Temporäre, detaillierte Zusatzbefragung	

Literatur

Trojan, A., Nickel, S. (2001): Wiederholte Patientenbefragung als Instrument zur Evaluation von qualitätsverbessernden Interventionen im Krankenhaus – Exemplarische Darstellung am Beispiel des WHO-Modell-Krankenhauses Alten Eichen - . In W. Satzinger, A. Trojan & P. Kellermann-Mühlhoff (Hrsg.). Patientenbefragung im Krankenhaus: Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Sankt Augustin: Asgard.

Nübling, R., Schmidt, J. (1998): Interne Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Erfahrungen mit einem „zweigleisigen Modell“. In A.-R. Laireiter, A-R & H. Vogel (Hrsg), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch (335-353). Tübingen: dgvt-Verlag.

Ein einfacher Fragebogen zur Erfassung der Ergebnisqualität (EFEQ) im Vergleich mit dem SF-36: generisch und änderungssensitiv

Müller, H., Schacht, C., Eckert, H., Resch, K.L.

Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft Bad Elster (FBK)

Hintergrund

Generische Instrumente zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität wie der SF-36 (1, 2) gelten als wenig änderungssensitiv (3). Wir entwickelten für den Routine-Einsatz in der Qualitätssicherung einen einfachen Fragebogen zur Erfassung der Ergebnisqualität (EFEQ), der lediglich 8 quantitative Items umfasst, an der ICF orientiert ist, die persönlichen Ziele der Patienten erfragt und extrem einfach ausgewertet werden kann. Die hier beschriebene Studie diente primär zur Beurteilung der Reliabilität, Validität und Änderungssensitivität des EFEQ.

Methodik

Den psychometrischen Analysen lagen die bisher vorliegenden Datensätze einer Validierungsstudie des EFEQ an 500 Patienten in 5 Kliniken zugrunde. Der EFEQ wurde dabei vor Beginn der Maßnahme zuhause (t-1), bei Beginn des Klinik-Aufenthalts (t0), zum Ende des Klinikaufenthalts (t1) und 3 Monate nach Verlassen der Klinik (t2) eingesetzt. Der SF-36 wurde zu t0 und in seiner modifizierten Version (4) zu t1 angewandt. Intraklassenkorrelationen (ICC) des EFEQ für t-1 und t0 schätzten die Reliabilität des EFEQ. Faktorenanalysen zu t-1 und t0 lieferten erste Ergebnisse zur Struktur des EFEQ. Produkt-Moment-Korrelationen mit dem SF-36 zu t0 dienten zur Schätzung der konvergenten Validität des EFEQ. Zur Beurteilung der Änderungssensitivität von SF-36 und EFEQ wurden Effektstärken zwischen t0 und t1 nach den beiden üblichen Verfahren berechnet (ES: Division der Mittelwertdifferenz durch die Streuung zu t0, SRM: Division der Mittelwertdifferenz durch die Streuung der Differenzen zwischen t0 und t1). Außerdem werden Probleme und Alternativen zur üblichen Summenskalenbildung mit dem SF-36 erörtert und an empirischen Daten verglichen. Die im Folgenden berichteten Ergebnisse beziehen sich auf die Daten zu t-1, t0 und t1 von 154 Patienten, die im September 2004 vorlagen.

Ergebnisse

Die ICCs zur Beurteilung der Reliabilität der 8 Items des EFEQ bei wiederholtem Einsatz variierten zwischen 0,78 und 0,91. Als einzelnes Maß erreichte der Test-Retest-ICC für den Summenscore des EFEQ einen Wert von 0,88 (95 % Konfidenz-Intervall: 0,82-0,92). Bei den dem EFEQ klar zuordenbaren Skalen des SF-36 („Physische Funktionsfähigkeit“, „Soziale Funktionsfähigkeit“ und „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“) waren die Korrelationen signifikant und lagen im Bereich zwischen 0,58 und 0,69. Mit Ausnahme der Skala „Soziale Funktionsfähigkeit“ zeigten den SF-36-Skalen korrespondierende Items des EFEQ eine deutlich höhere Änderungssensitivität. Während die Summenskalen des SF-36 ES-Werte zwischen 0,22 und 0,53 und SRM-Werte zwischen 0,34 und 0,56 erzielten, lag die ES für den Summenwert des EFEQ bei 0,72 und der SRM bei 1,04. Die Faktorenanalysen des EFEQ lieferten klar einfaktorielle Lösungen mit einer aufgeklärten Varianz von 76 % bzw. 80 %.

Diskussion

Der EFEQ ist ein extrem einfaches Instrument für den Routine-Einsatz in der Qualitätssicherung. Für dieses Einsatzgebiet können die beobachteten psychometrischen Eigenschaften insgesamt als ausgezeichnet bewertet werden. Für die im Vergleich mit dem SF-36 höhere Änderungssensitivität bietet sich folgende Erklärung an. Während der SF-36 bei vielen Items die Einschätzung konkreter Situationen, Gefühle etc. erfordert, fragen die Items des EFEQ direkt nach einer Einschätzung der eigenen Lebensqualität in allgemeinen Bereichen wie z. B. „Mobilität“. Während dadurch bei Fragebögen wie dem SF-36 mitunter für den jeweiligen Patienten weniger relevante Items in die Skalenberechnung eingehen (was die Sensitivität reduziert), dürfte der Patient beim EFEQ automatisch die für ihn relevante Interpretation des jeweiligen Lebensbereichs wählen (was die Sensitivität erhöht).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Für den Routine-Einsatz in der Qualitätssicherung eignet sich der EFEQ aufgrund seiner Praktikabilität bei guten psychometrischen Eigenschaften besonders. Als wissenschaftliches Instrument kommt der EFEQ in Frage, wenn ein besonders einfaches, generisches Instrument mit einem Global-Score (z. B. zur Berechnung von QALYs in gesundheitsökonomischen Studien) und einer für generische Fragebogen hohen Änderungssensitivität gewünscht wird.

Literatur

- Bullinger, M., Morfeld, M., Kohlmann, T., Nantke, J., van den Bussche, H., Dodt, B., et al. (2003): Der SF-36 in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung - Ergebnisse aus dem Norddeutschen Verbund für Rehabilitationsforschung (NVRF) im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften. *Rehabilitation (Stuttg)*; 42(4): 218-25.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Cella, D., Nowinski, C.J. (2002): Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Arch Phys Med Rehabil*; 83 (12 Suppl 2): S10-7.
- Müller, H., Franke, A., Schuck, P., Resch, K.L. (2001): Eine kliniktaugliche Version des deutschsprachigen SF-36 und ihr psychometrischer Vergleich mit dem Originalfragebogen. *Soz Präventivmed*; 46: 96-105.

Erzielen orthopädische Reha-Kliniken, die viel Erfahrung mit funktional belasteten Patienten haben, bessere Reha-Ergebnisse? Eine Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle

Farin, E. (1), Glattacker, M. (1), Follert, P. (1), Jäckel, W.H. (1, 2)

(1) Universitätsklinikum Freiburg i.Br., Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS), (2) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung

Einleitung

Während im Bereich der Akutmedizin eine Vielzahl von Arbeiten vorliegt, die den Einfluss der Häufigkeit bestimmter Maßnahmen auf das medizinische Outcome untersuchen (z.B. Williams, 2003), ist den Verfassern keine Studie aus dem Bereich der orthopädischen Rehabilitation bekannt, die den Einfluss der Häufigkeit bestimmter Maßnahmen in einer Einrichtung oder den Einfluss des Umfangs der Erfahrung mit schwer belasteten Patienten auf das Reha-Outcome untersucht. Da solche Untersuchungen voraussetzen, dass gleichzeitig die patientenbezogenen Einflussfaktoren (wie Multimorbidität, Alter, Eingangsbelastung) kontrolliert werden, setzt eine entsprechende Studie die Anwendung sogenannter „Hierarchischer Linearer Modelle“ (kurz: HLMs) voraus, die die Multi-Ebenenstruktur der Daten adäquat abbilden: Patienten (Ebene 1) sind in Einrichtungen (Ebene 2) gruppiert (vgl. z.B. Raudenbush et al., 2002). Mit HLMs können parallel Prädiktoren auf der Patienten- und der Einrichtungsebene analysiert werden, und es kann dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Regressionskoeffizienten der Prädiktoren u.U. je nach untersuchter Einrichtung variieren. In der hier berichteten Studie wird untersucht, ob die mittlere funktionale Be-

lastung der in einer orthopädischen Reha-Klinik behandelten AR-Patienten einen Einfluss auf die Effekte bezüglich Mobilität, Schmerzen und vitaler Erschöpfung besitzt.

Methodik und Durchführung

Die Daten wurden im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation (Farin et al., 2004) in zwei Erhebungswellen (Januar - Juli 2001 und Juli 2002 - Februar 2003) in 32 Rehabilitationskliniken mit orthopädischer Fachabteilung erhoben. Als Instrumente wurden der IRES-Patientenfragebogen sowie ein Arztbogen eingesetzt. Es gab drei Messzeitpunkte (Aufnahme, Reha-Ende, 6 Monate nach Reha-Ende), so dass Prädiktoren des kurz- und mittelfristigen Outcomes untersucht werden können. In die Studie wurden nur Patienten aufgenommen, die an einer Anschlussrehabilitation teilnahmen und eine ICD-10-Erstdiagnose Koxarthrose oder Gonarthrose erhielten. Dies waren insgesamt 1.954 Patienten. Zur Durchführung der Multi-Ebenen-Analysen wurde die Software HLM (Raudenbush et al., 2001) verwendet.

Ergebnisse

Bezüglich Mobilität und vitaler Erschöpfung (nicht aber bezüglich Schmerzen) zeigt sich kurzfristig ein deutlicher Einfluss der mittleren funktionalen Belastung der Patienten einer Klinik auf das individuelle Reha-Outcome: Die Reha-Effekte sind höher, wenn die mittlere funktionale Belastung hoch ist. Die funktionale Einschränkung hat damit auf der Patientenebene im Vergleich zur Einrichtungsebene eine genau entgegengesetzte Wirkung: Ein Patient, der zu Reha-Beginn funktional stark eingeschränkt ist, wird häufig auch noch bei Reha-Ende funktional deutlich eingeschränkt sein, er wird aber von der Reha-Maßnahme stärker profitieren, wenn er in einer Klinik rehabilitiert wird, die in der Regel stark belastete Patienten behandelt. Man kann vermuten, dass sich hier ein Spezialisierungseffekt abbildet, der Gestalt, dass Einrichtungen, die mit funktional „schwierigen“ Patienten konfrontiert werden, qualifizierter sind, hohe Rehabilitationseffekte zu erzielen. Mittelfristig ist dieser vermutete Spezialisierungseffekt allerdings nicht mehr erkennbar. Die mittelfristigen Reha-Effekte bezüglich Mobilität sind hoch, wenn in der Einrichtung Patienten mit wenig Risikoverhaltensweisen behandelt werden. Bei einer Patientenstruktur, bei der auch auf der edukativen Ebene hoher Behandlungsbedarf besteht, scheint es also schwieriger zu sein, nachhaltige funktionale Rehabilitationseffekte zu erzielen, u.U. weil die Therapieangebote vielfältiger ausgerichtet sein müssen.

Zusammenfassung und Diskussion

Orthopädische Reha-Kliniken, die viel Erfahrung mit funktional belasteten Patienten haben, erzielen kurzfristig bezüglich Mobilität und vitaler Erschöpfung bessere Reha-Ergebnisse. Insgesamt sind die Resultate bezüglich der klinikbezogenen Einflussfaktoren aber nicht ganz eindeutig, so dass eine Kreuzvalidierung mit einer noch größeren Anzahl von Einrichtungen sinnvoll und notwendig erscheint. Im Rahmen von Folgestudien sollte die bislang noch unklare Wirkungsrichtung der Einflussfaktoren untersucht werden: Führt mehr Erfahrung mit belasteten Patienten zu besserer Qualität oder werden in eine „gute“ Einrichtung von Zuweisern verstärkt belastete Patienten eingewiesen, weil man meint, diese „schwierigen“ Fälle würden dort besser behandelt?

Literatur

- Farin, E., Follert, P., Gerdes, N., Jäckel, W.H., Thalau, J. (2004): Quality assessment in rehabilitation centres: the indicator system 'Quality Profile'. *Disability & Rehabilitation*; 26 (18): 1096-1104.
- Raudenbush, S.W., Bryk, A.S. (2002): Hierarchical linear models. Applications and data analysis methods (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Raudenbush, S.W., Bryk, A., Congdon, R. (2001): HLM Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling (Version 5.05).
- Williams, O.D. (2003): Quality of care versus provider volume (Editorial). *Medical Care*; 41 (10): 1127-1128.

Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein - Ein Modell der eigeninitiativen Qualitätssicherung

Deck, R., Raspe, H.

Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein

Hintergrund

Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation ist kein neues Thema. Bereits 1991 wurde durch die Reha-Kommission der Optimierungsbedarf festgestellt, 1994 durch das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger der Grundstein für eine Neuorientierung der medizinischen Rehabilitation gelegt, und 2002 wurde die Qualitätssicherung durch das SGB IX gesetzlich verankert. Aktuell existieren unterschiedliche Verfahren der Qualitätssicherung ebenso wie (private) Anbieter. Die Erprobung und Durchführung eines eigeninitiativen Modells ist neu.

Methodik

20 Rehabilitationskliniken des Landes Schleswig-Holstein haben sich zu einer „Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein (QG S-H)“ zusammengeschlossen. Das gemeinsame Ziel der QG S-H ist u.a. die interne und vergleichende Qualitätssicherung und die werbende Darstellung der Reha-Ergebnisse. Die QG S-H konzentriert sich dementsprechend weniger auf Struktur und Prozess der Rehabilitation, sondern fokussiert auf Ergebnisse. In Anlehnung an das Vorgehen der GRV arbeitet die QG S-H nach einem definierten Erhebungs-, Mess-, Auswertungs- und Berichtsmodell (Bühner, Raspe, 2004). Standardisierte Patientenbefragungen werden zu zwei Messzeitpunkten (prä, vier Monate post) durchgeführt.

Ergebnisse

Datenerhebungen innerhalb der QG S-H erfolgten zwischen April 2003 und Juli 2004. Insgesamt wurden 4.664 Patienten angeschrieben. 3.094 Patienten füllten den ersten Fragebogen aus (66 %) und 2.023 Patienten beteiligten sich an der Befragung vier Monate nach der Rehabilitation (65 %). Die indikationsspezifischen Anteile setzen sich wie folgt zusammen: Orthopädie 49,8 %, Psychosomatik 14,6 %, Atemwegserkrankungen 13,8 %, Onkologie 11,8 %, AHB 5,4 % und Herz-Kreislauf-erkrankungen und Neurologie zusammen knapp

5 %. Die Gesamtstichprobe⁴ der QG S-H besteht zu 60 % aus Frauen, das Durchschnittsalter liegt bei 52 Jahren. Diese Verteilung entspricht mit geringfügigen Abweichungen der einzelnen Indikationsgruppen⁵. Vor der Rehabilitation beschreiben 64 % der Patienten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht. Die meisten Patienten weisen im Vergleich zu bevölkerungsbezogenen Daten auch deutliche gesundheitsbezogene Einschränkungen auf (SCL-90R, FFbH, SF36, FSS), ihre Leistungsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen schätzen die meisten Patienten als deutlich reduziert ein (NRS). Vier Monate nach der Rehabilitation geben nur noch 31 % der Patienten einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand an, die gesundheitsbezogenen Einschränkungen haben sich auf allen Skalen signifikant reduziert ($p > 0.01$) und die Steigerung der Leistungsfähigkeit erreichte ebenfalls statistische Signifikanz ($p > 0.01$). Neben diesen gesundheitlichen Verbesserungen sind die Patienten unabhängig von Indikation und Klinik mit nahezu allen erfassten Bereichen (Administration, Therapie, Pflege) zufrieden oder sehr zufrieden. 86 % der Patienten bewerten den Reha-Aufenthalt und 70 % beurteilen den Reha-Erfolg als gut oder sehr gut. Ebenfalls indikations- und klinikunabhängig zeigen sich aber auch deutliche Defizite im Bereich der Nachsorge.

Die Einzel-Ergebnisse variieren nach Indikation und Klinik. Aber eben diese Unterschiede ermöglichen ein kontrolliertes Benchmarking und legen die Einrichtung regelmäßiger, klinikübergreifender Reha-Qualitätszirkel an.

Diskussion

Die erste, vom Land Schleswig-Holstein geförderte, „Phase“ der Qualitätsgemeinschaft wurde im September 2004 erfolgreich abgeschlossen. Nach einigen Anlaufproblemen hat sich die QG S-H als vielversprechendes Modell der eigeninitiativen Qualitätssicherung erwiesen. Eine Fortführung ohne finanzielle Unterstützung des Landesministeriums Schleswig-Holsteins ist sehr wahrscheinlich, einzelne Modalitäten (Erhebungsroutinen, Benchmarking, Internetpräsenz) werden im Januar 2005 mit allen beteiligten Reha-Einrichtungen festgelegt.

Schlussfolgerungen

Eigeninitiative Modelle der Qualitätssicherung medizinischer Rehabilitation scheinen praktikabel und machbar zu sein. Die Fülle der daraus resultierenden Daten trägt zum Erkennen von Schwachstellen und Stärken der medizinischen Rehabilitation unterschiedlichster Indikationen bei, die Weiterentwicklung und das Fortbestehen eines relevanten Versorgungszweiges könnten dadurch gesichert werden.

Literatur

Bühner, M., Raspe, H., 2004: Abschlussbericht zur Patientenbefragung der Rentenversicherung. Marburg und Lübeck.

⁴ Ohne Anschlussheilbehandlung

⁵ Auf indikationsspezifische Ergebnisse wird eingegangen.

Wie gut funktioniert das Reha-Team aus der Sicht der Mitarbeiter?⁶

Mariolakou, A., Muthny, F.A.

Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Münster (UKM)

Einführung

Vielfältige Faktoren limitieren die notwendige interdisziplinäre Kooperation in der Reha, z.B. geringe rehabilitationsspezifische Ausbildung der meisten Berufe, unzureichende Weiterqualifizierung und mangelnde kontinuierliche Fortbildung (z. B. Vogel, 1998). Hauptziel der Untersuchung war entsprechend die differenzierte Erfassung des Team-Ausgangszustandes und der Wirkungen psychosozialer Fortbildung auf die Kompetenz im Umgang mit Patienten, Motivation, Arbeitszufriedenheit und die interdisziplinäre Kooperation der Reha-Fachkräfte.

Methodik

Die vorliegende Darstellung ausgewählter Ergebnisse des noch laufenden Projekts beschränkt sich auf die Eingangsbefragung der Mitarbeiter (Ist-Zustand). Die Fragebogenuntersuchung beforschte in den Kliniken die Inhaltsbereiche Arbeitszufriedenheit, Kompetenzerleben, Burnout, Stressverarbeitung, Befindlichkeit und Erleben der beruflichen Interaktion mit standardisierten Instrumenten (Maslach Burnout-Inventory, MBI-D, Generalisierte Kompetenzerwartung, GKE, Lebenszufriedenheit in Arbeit und Beruf, FLZ-ARB, und Fragebogen zur Arbeit im Team, F-A-T) bzw. mit Eigenentwicklungen (Arbeitszufriedenheit, Erwartungen an psychosoziale Fortbildung, Befindlichkeit und Erleben der beruflichen Interaktion).

Ergebnisse

936 Angehörige von Reha-Teams aus 19 Kliniken verschiedener Indikationen antworteten und konnten in die Auswertung einbezogen werden (131 Ärzte, 207 Pflegekräfte, 136 Physiotherapeuten, 332 aus anderen Berufsgruppen). Über 70 % geben eine hohe Arbeitszufriedenheit insgesamt an. Mit dem Verhältnis zu den Patienten sind über 80 %, mit der Arbeit im Team 76 %, der Arbeitsplatzsicherheit 54 % und der Leitung 51 % zufrieden bzw. sehr zufrieden. Zufriedenheit mit Beruf und Arbeit geben 58 % bezüglich der Abwechslung an, die der Beruf bietet, 54 % mit der eigenen Position an der Arbeitsstelle, 52 % mit dem Erfolg im Beruf, 48 % mit dem Betriebsklima, 38 % mit den beruflichen Anforderungen und Belastungen und 37 % hinsichtlich der Arbeitsplatzsicherheit. Nur ein Viertel der Befragten ist zufrieden bzw. sehr zufrieden mit den Aufstiegsmöglichkeiten am Arbeitsplatz. Hinsichtlich der Team-Kooperation sehen 47 %, dass ihre Arbeit vom Team geschätzt wird und die eigenen Einschätzungen berücksichtigt werden. Gewinnbringende Arbeitsbesprechungen und ausreichenden Informationsfluss sehen 31 %, wohingegen der „interdisziplinäre Austausch“ nur nach Ansicht von 22 % funktioniert.

⁶ Projekt im Rahmen des NRW-Forschungsverbunds Rehabilitationswissenschaften.

Diskussion und Ausblick

Die Gegenüberstellung der Ergebnisse mit den Erfahrungen im Rahmen von 90 interdisziplinären Fortbildungen lässt Übereinstimmungen und Diskrepanzen erkennen: Hohe Zufriedenheit wird auch hier hinsichtlich der Arbeit mit Patienten berichtet (trotz chronifizierter Verläufe, kürzerer Therapiezeiten, weniger Personal, etc.). Teamarbeit wird grundsätzlich angestrebt, jedoch durch zeitliche, organisatorische und hierarchische Abläufe wesentlich seltener in der Umsetzung erlebt. Insbesondere werden der Gewinn aus Besprechungen, gegenseitiger Informationsfluss mit Konsequenzen auf der Handlungsebene, aber auch Wissensaktualisierung über spezifische Arbeitsinhalte und -methoden anderer Disziplinen problematisiert. Zur Standardpraxis in der Rehabilitation gehören bedarfsgerechte Fortbildungsangebote weiterhin kaum, weder auf Leitungs- noch auf Personalebene (s. auch Muthny & Mariolakou, 2000). Hier scheinen wesentliche Möglichkeiten zum gemeinsamen Lernen und Chancen der Interdisziplinarität noch ungenutzt. Abschließend werden als Synopsis aus den Fortbildungsergebnissen und der klinischen Fortbildungserfahrung limitierende Faktoren der interdisziplinären Kooperation diskutiert und praktische Gestaltungsvorschläge für Kliniken vorgestellt.

Literatur

- Muthny, F.A., Mariolakou, A. (2000): Arbeitszufriedenheit im Reha-Team und der Bedarf an psychosozialer Fortbildung. *Prävention und Rehabilitation*, 12, 45-53.
- Vogel, H. (1998): Berufsgruppen in der Rehabilitation. In Delbrück, H., Haupt, E. (Hrsg.): *Rehabilitationsmedizin: ambulant, teilstationär, stationär*. U&S, München, 117-131.

Mitarbeiterbefragungen als Instrument zur Messung des Erfolgs von QM-Maßnahmen

Asche-Matthey, B. (1), Follert, P. (2)

- (1) AOK-Klinik Stöckenhöfe, Wittnau bei Freiburg i. Br., (2) Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Freiburg i. Br.

Einleitung

Die erfolgreiche Einführung von Qualitätsmanagementsystemen (QM-Systemen) wird in Zukunft noch stärker als bisher über die Positionierung von Kliniken im Gesundheitssystem entscheiden. Gesetzliche Vorgaben verpflichten Kliniken dazu, eigene interne Qualitätsmanagementsysteme einzuführen und weiter zu entwickeln (z.B. § 137d SGB V Abs. 1a und 2 sowie § 20 SGB IX). Um eine erfolgreiche Einführung eines QM-Systems sicher zu stellen, ist es notwendig, den Prozess der Einführung mit geeigneten Maßnahmen zu begleiten und zu evaluieren. Kennzahlen zum Verlauf des Einführungsprozesses können so abgeleitet und wichtige Erkenntnisse zu Schwachstellen und möglichen Verbesserungsmaßnahmen im laufenden Prozess gesammelt werden.

Vorgehen und Ergebnisse

Die AOK-Klinik Stöckenhöfe begleitet die Einführung ihres QM-Systems nach dem EFQM-Modell durch regelmäßige systemische Mitarbeiterbefragungen (MAB: Borg, 2003). Die Be-

fragungen werden extern durch die Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin am Universitätsklinikum Freiburg mittels eines standardisierten Fragebogens (MiZu-Reha: Farin et al., 2002) durchgeführt. Insgesamt fanden bisher drei Befragungen statt. Zur Evaluation der QM-Einführung wurde der Standardfragebogen um zusätzliche Fragen erweitert. Die Zusatzfragen beziehen sich inhaltlich auf:

- Gründe und Hindernisse bei der Beteiligung an QM-Projekten im Arbeitsalltag,
- wahrgenommene Veränderungen, die aus Sicht der Mitarbeiter auf die Einführung von Qualitätsmanagement (QM) zurückgeführt werden können und
- die Einstellung der Mitarbeiter zur Unternehmensphilosophie

Die Beteiligung lag bei 77 % der Mitarbeiter. Stärken bei der QM-Einführung in der Klinik zeigten sich insbesondere dort, wo es um eine verständliche Einführung von Qualitätsmanagement ging: Nur 16 % der MA haben den Eindruck, dass die QM-Projekte keine Auswirkungen auf Ihren Arbeitsalltag haben und lediglich 19 % finden QM „viel zu theoretisch“. Daten aus zwei Vergleichskliniken zeigen, dass dort 40 % bzw. 44 % der Mitarbeiter keine Auswirkungen des QM auf ihren Arbeitsalltag wahrnehmen und 50 % bzw. 48 % der Mitarbeiter dies alles „viel zu theoretisch“ erscheint. Deutlich werden jedoch auch Hindernisse im Einführungsprozess: So geben 45 % der Mitarbeiter an, im Arbeitsalltag für das Engagement in QM-Projekten keine Zeit zu haben (Vergleichskliniken 59 % und 66 %). Auch haben 59 % der Mitarbeiter das Gefühl, zusätzliches Engagement werde nicht genügend honoriert (Vergleichskliniken 89 % und 72 %).

Fragen zu den wahrgenommenen Verbesserungen durch die Einführung von QM bezogen sich unter anderem auf die Bereiche Kommunikation und Organisation. Die Mitarbeiter geben hier einerseits an, dass sich die Organisation von Abläufen verbessert habe (31 %), was auf die Einführung von Prozessmanagement zurückgeführt wird. Der Informationsaustausch mit anderen Abteilungen hat sich jedoch nur in den Augen von 17 % der Mitarbeiter positiv entwickelt. Und auch die Mitsprache- und Entscheidungsbefugnisse nehmen lediglich 21 % der Mitarbeiter als durch die Einführung von QM verbessert wahr. Hier werden zentrale Schwachstellen in der Einführung und Umsetzung deutlich, die sich auf die Themen qualitätsorientierte Belohnungssysteme, Empowerment und interdisziplinäre Kommunikation beziehen.

Schlussfolgerungen

Insbesondere durch die Vergleichsmöglichkeit mit zwei anderen Kliniken konnte gezeigt werden, dass die Einführung von QM unterschiedlich erfolgreich sein kann.

Die Einführung ist mit hohem Aufwand und Kosten verbunden und bedarf zum Erfolg das Commitments der Mitarbeiter. Hierzu müssen Vision und Leitbild von Seiten der Führung kommuniziert und gelebt werden. Im weiteren Verlauf muss das QM zu für die Mitarbeiter sichtbaren Verbesserungen und Ergebnissen führen, um langfristig Akzeptanz zu finden. Um den Erfolg zu sichern, sollte ein Kennzahlensystem die QM-Prozesse kontinuierlich abbilden (Kaplan, Norton, 1997). Mitarbeiterbefragungen bieten sich dazu an, die Veränderungen sichtbar zu machen und Schwachstellen aufzudecken. Insbesondere ein Vergleich (Benchmark) gibt zusätzliche Hinweise über das Gelingen und den Erfolg unterschiedlicher Einführungsstrategien.

Literatur

- Borg, I. (2003): Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung. Göttingen: Hogrefe.
- Farin, E., Meixner, K., Follert, P., Jäckel, W.H., Jacob, A. (2002): Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken: Entwicklung des MiZu-Reha-Fragebogens und Anwendung in der Qualitätssicherung. *Die Rehabilitation*, 41, 258-267.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1997): *Balanced Scorecard*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Kostenminimierung durch Implementierung eines Reha-Managementkonzeptes der Verwaltungs-BG am Beispiel von Patienten mit Verletzungen der unteren Extremität

Lohsträter, A. (1), Bak, P. (2), Kropf, U. (3), Müller, W.D. (3)

- (1) Verwaltungs-Berufsgenossenschaft Erfurt, (2) Institut für Physiotherapie der Universitätsklinik Jena, (3) m & i Fachklinik Bad Liebenstein

Hintergrund, Zweck der Untersuchung

Folgen der Verletzungen der unteren Extremität (UE) sind neben Schmerz, Aktivitäts- und Partizipationsstörungen die ökonomischen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft (Matarelli, 2001). Die Datenlage zu diesen Kosten ist international rar und in Deutschland praktisch nicht existent. Insbesondere ist es nicht klar, ob und in welchem Ausmaß organisatorische Maßnahmen zur Kostenminimierung infolge von Verletzungen der UE beitragen können (Mashburn & Mitchell, 2001). Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Kostenminimierung durch Implementierung des Reha-Managementkonzeptes der Verwaltungs-BG (VBG) zu quantifizieren. Gleichzeitig wurde geprüft, ob und welche Schnittstellenproblematik in der Steuerung des Heilverfahrens bei komplexeren Verletzungen besteht.

Methodik

Es wurde eine vergleichende Kostenminimierungsanalyse mit historischen Kontrollen aus der Perspektive eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung durchgeführt. Es wurden 100 Patienten mit Monoverletzungen der Wirbelsäule oder der UE, die in einer von der VBG validierten BGSW-Klinik rehabilitiert wurden (Interventionsgruppe) einbezogen. Dazu wurden 100 Patienten aus dem Datenbestand der VBG nach Verletzungsart (AO-Klassifikation), Geschlecht, Wohnort (Bundesland) und Alter (≤ 5 Jahre) paarweise gemacht (Kontrollgruppe). Das Managementkonzept der VBG trägt komplexeren Verletzungen dadurch Rechnung, dass bereits zu Beginn des Verfahrens ein Reha-Manager der VBG den Verletzten möglichst im Akutkrankenhaus besucht. Gemeinsam mit dem behandelnden Arzt und dem Patienten wird das weitere Procedere festgelegt. Zur Durchführung multimodaler Komplextherapie wurden Reha-Kliniken mit Zulassung zum BGSW-Verfahren unter Qualitätsgesichtspunkten evaluiert und Patienten gezielt dorthin gesteuert. Bestandteil der stationären Rehabilitation ist eine 14-tägige Fallkonferenz, in der das weitere Procedere und die ggf. notwendige Nachbehandlung festgelegt werden. Die Kontrolle/Begleitung und die Organisation übernimmt der Reha-Manager der VBG. Die Kosten bei der Interventionsgruppe wurden prospektiv, in der Kontrollgruppe retrospektiv als direkte medizinische und nichtmedizinische

Kosten sowie indirekte Kosten erhoben. Rentenleistungen wurden, soweit sie in der Vergangenheit lagen, auf den Zeitpunkt der Behandlung des Patienten aus der Interventionsgruppe aufgezinnt. Die in die Zukunft gehenden Rentenleistungen wurden mit dem Kapitalwert bei Abfindung (§ 76 SGB VII i.V.m. der VO über die Berechnung des Kapitalwertes) angesetzt. Die Kosten der kalendertäglichen Arbeitsunfähigkeit wurden in beiden Gruppen mit den tatsächlichen Beträgen erhoben. Die gesamten Fallkosten sowie die Kostenstruktur wurden verglichen.

Ergebnisse

In allen untersuchten Bereichen (s.u.) waren signifikante Vorteile zu Gunsten der Interventionsgruppe festzustellen. Die dargestellten Kosten beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die jeweils komplette Gruppe. Im Einzelnen ergaben sich folgende Ergebnisse:

	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Kosten amb. Therapie in €	72.746,46	96.945,91
durchschntl. AU Dauer in d	150,56	173,86
Rentenfälle	43	73
Dauerrenten	26	64
Rentenleistungen gesamt in €	1.208.713,60	3.164.341,48
durchschntl. Rentenleistung €	28.109,62	43.347,14
Fallkosten gesamt in €	3.449.240,28	7.001.840,58

Diskussion

Die sich über die Jahre negativ verändernde Arbeitsmarktlage und ihre Auswirkungen auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie des Reha-Potentials konnte im Gruppenvergleich nicht berücksichtigt werden. Bei den ökonomischen Ergebnissen handelt es sich um Summationseffekte des Reha-Managements, aber auch des Fortschritts in der Implantattechnik und der chirurgischen Behandlungstechnik und -taktik. Ferner hat eine permanente Entwicklung der Managementkonzepte der gesetzlichen Unfallversicherung zusätzlich zur Verbesserung der Kosteneffektivität geführt. Die Untersuchung ergab eine Schnittstellenproblematik bezüglich des Zeitpunkts des Beginns der stationären Rehabilitation (Steuerung) sowie des Endes der stationären Rehabilitation und der Weiterführung der ambulanten Nachbehandlung. Durch Änderungen im Verfahrensablauf waren die Schnittstellen zu beseitigen und führten zu einer weiteren Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitsdauer. Vergleichbare Studien sind in Deutschland bisher nicht vorhanden. Internationale Veröffentlichungen sind wegen der methodischen Unterschiede und vor dem Hintergrund unterschiedlicher sozialer Absicherungssysteme nur bedingt vergleichbar (Markle, 2004).

Schlussfolgerungen

Das Management der VBG hat sich unabhängig von der Verletzungsart bewährt. Die Dauer und die Kosten für die erste akutstationäre Behandlung sind durch das Management nicht beeinflussbar. Die multimodale Komplextherapie unter stationären Bedingungen ist bei komplexeren Verletzungen unverzichtbarer Bestandteil für gute bis sehr gute Reha-Ergebnisse und führt im Ergebnis zu signifikant niedrigeren Gesamtfallkosten. Vor allem

konnte die Kostenstruktur durch Minimierung der Folgekosten verbessert werden. Investitionstheoretisch bildet das Reha-Management in Verbindung mit der BGSW eine dominierende Alternative. Weitere prospektive kontrollierte Studien sollen diese Hypothese bestätigen.

Literatur

- Markle, A. (2004): The economic impact of case management. *Case Manager* 15, 54-58.
Mashburn, K., Mitchell, K. (2001): The role of the case manager in an impairment-based return-to-work process. *Case Manager* 12, 58-61.
Matarelli, S.A. (2001): The impact of the rehabilitation prospective payment system on case management. *Case Manager* 12, 53-56.

Teamentwicklung als Folge der Teamanalyse

Körner, M., Bengel, J.

Abteilung für Rehabilitationspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg

Interdisziplinarität ist ein wesentliches Merkmal der medizinischen Rehabilitation. Eine häufig diskutierte Schwachstelle in der Rehabilitation ist die mangelnde Integration der verschiedenen Behandlungselemente (Gerdes, Bengel & Jäckel, 2000), welche unter anderem durch Schwierigkeiten bei der interdisziplinären Zusammenarbeit (Teamarbeit) resultieren kann. Die Durchführung von Teamanalysen ermöglicht das Erkennen von Schwachstellen bei der Zusammenarbeit im Team und ist die Voraussetzung für die Realisierung von klinikspezifischen Team- bzw. Organisationsentwicklungsmaßnahmen (Kauffeld, 2001). Ziel der Studie im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen ist die Analyse von Rehabilitationsteams und das Empfehlen von Teamentwicklungsmaßnahmen. Zur Analyse der Teams wird eine Mitarbeiterbefragung angewendet, die sich aus verschiedenen psychometrischen Fragebogen und Einzelitems zusammensetzt. Die Ergebnisse der Teamanalyse werden im Sinne der Teamentwicklung konzeptionell aufbereitet und an die Teams zurückgemeldet. Anhaltspunkte für die Planung und Durchführung von Team- bzw. Organisationsentwicklungsmaßnahmen können dabei insbesondere aus dem Fragebogen zur Arbeit im Team abgeleitet werden (Kauffeld, in Druck). An der Studie beteiligten sich fünf Teams der somatischen und sieben Teams der psychosomatischen Rehabilitation mit insgesamt 549 Mitarbeitern. Der Rücklauf bei der Mitarbeiterbefragung beträgt über alle Teams hinweg durchschnittlich 45 % (Range: 28 bis 63 %). Die Teams der somatischen Rehabilitation im Vergleich zur psychosomatischen Rehabilitation erhalten eine signifikant bessere Beurteilung. Aber auch innerhalb der beiden Gruppen bestehen in den Rehabilitationsteams unterschiedliche Bewertungen der Teamarbeit und des Teamerfolgs. Bei den Teams der somatischen Rehabilitation zeigt ein Team von fünf und bei den Teams der psychosomatischen Rehabilitation fünf von sieben Teams Handlungsbedarf bezüglich der Teamarbeit. Liegt zum Beispiel eine negative Bewertung der Aufgabenbewältigung vor, so wird den Teams das Erlernen von veränderten Arbeitstechniken, die Identifikation von kritischen Situationen und die Analyse von Arbeitsabläufen, das Festlegen von Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen und die Rollenklärung empfohlen. Bei negativen Werten bezüglich des Zusammenhalts, werden Kooperationsübungen, Konfliktlösestrategien und

gruppenspezifische Übungen vorgeschlagen. Die Handlungsempfehlungen für die einzelnen Teams werden entsprechend der Ergebnisse der Teamanalyse zusammengestellt und an die Teams zurückgemeldet. Für die Priorisierung und Auswahl der Maßnahmen sind ergänzend die indikations- und klinikspezifischen Bedingungen zu berücksichtigen. Die Ergebnisse sprechen für eine differenzielle Betrachtung von Teams und implizieren individuelle teambezogene Planung von Teamentwicklungsmaßnahmen. Veränderungen, die durch die Rückmeldung der Ergebnisse innerhalb des Teams initiiert werden sowie in Folge evtl. durchgeführte spezielle Team- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen gelten als ein wesentlicher Beitrag zum Qualitätsmanagement von Rehabilitationseinrichtungen. Die Teamanalyse sowie die Teamentwicklungsmaßnahmen sollen eine gezielte patientenorientierte Kommunikation, Kooperation und Koordination des Rehabilitationsteams sowie eine Optimierung von Behandlungsabläufen, Besprechungsstrukturen und -prozessen initiieren. Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter kann dadurch gefördert und die Leistung des Teams verbessert werden. Als Folge für die Patienten würde ein koordinierter Behandlungsverlauf, der sich an den individuellen Problemlagen der einzelnen Patienten orientiert, resultieren.

Literatur

- Gerdes, N., Bengel, J., Jäckel, W.H. (2000): Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung. In Bengel, J., Jäckel, W.H. (Hrsg.): Zielorientierung in der Rehabilitation. Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen, Regensburg: Roderer, 3-12.
- Kauffeld, S. (2001): Teamdiagnose. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Kauffeld, S. (in Vorbereitung): Der Fragebogen zur Arbeit im Team (F-A-T). Göttingen: Hogrefe.

Therapeutencompliance in der verhaltenstherapeutisch- psychosomatischen Rehabilitation

Müller, C., Linden, M.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité und der Rehabilitationsklinik Seehof der BfA, Teltow/Berlin

Hintergrund

In der psychotherapeutischen Praxis, d.h. auch der psychosomatischen Rehabilitation, stellt sich die Frage, inwieweit Behandler die von ihnen intendierte und vorgeblich erbrachte Behandlung auch tatsächlich in die Realität umsetzen. Die Therapeutencompliance ist definiert als Grad der Übereinstimmung zwischen einem vorgegebenen Therapiestandard und dem Therapeutenverhalten. Dies ist eine wichtige Frage der Qualitätssicherung.

Ziel des hier dargestellten Forschungsprojektes ist es, ein Instrument zur Erfassung und Verbesserung der Therapeutencompliance in der verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation zu entwickeln.

Methode

Im ersten Schritt der Studie wurde eine Checkliste zur Erfassung der Behandlungstreue und Kompetenz von Verhaltenstherapeuten entwickelt, die Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste (VTKC). Diese ermöglicht sog. therapeutische Basiskompetenzen zu messen und gibt zugleich eine operationale Definition dessen, was als „kognitive Verhaltenstherapie“ in Abgrenzung zu anderen therapeutischen Interventionsformen anzusehen ist. Oberdimensionen der VTKC sind Mikroanalyse, Makroanalyse, Problembewältigung, Kognitionen, Selbstmanagement, Hausaufgaben und Arbeitsbündnis, unter denen jeweils mehrere verhaltensnahe definierte Einzelinterventionen zusammengefasst sind. Die VTKC liegt in einer Version für Therapeuten, für Beobachter und den Patienten vor. Damit ist eine mehrperspektivische Beurteilung des Therapiesgeschehens möglich.

Im zweiten Schritt der Studie wurden 14 Psychotherapeuten nach Zufall in eine Trainings- und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. In einer Baselineerhebung nahm jeder Therapeut im Verlauf von 14 Tagen acht Therapiesitzungen auf Tonband auf. Die Therapeuten der Interventionsgruppe nahmen dann über einen Zeitraum von fünf Monaten an einem regelmäßigen Training teil, bei dem Tonbänder angehört, diskutiert und anhand der VTKC beurteilt wurden. Dabei wurden insbesondere Probleme bei der Umsetzung einzelner verhaltenstherapeutischer Techniken thematisiert, mit dem Ziel, die therapeutischen Basiskompetenzen zu verbessern. Die Kontrollgruppe erhielt kein spezielles Training. Zum Abschluss wurden von beiden Gruppen erneut jeweils acht Therapiesitzungen über einen Zeitraum von 14 Tagen auf Band aufgenommen.

Ergebnisse

Die VTKC erwies sich als ein Instrument, das unter Routinebedingungen in einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik einsetzbar ist. Sie kann zur Unterstützung der Therapeutenschulung und zur psychotherapeutischen Qualitätssicherung dienen. In 245 erfassten Therapiestunden fand sich bei immerhin (oder nur?) 76.4 %, dass das psychotherapeutische Vorgehen verhaltenstherapeutischen Standards entsprach.

Diskussion

Die Operationalisierung und Quantifizierung einer guten Therapeutencompliance ist eine unverzichtbare Voraussetzung zur Schulung von Psychotherapeuten, zur Qualitätssicherung und zur Weiterentwicklung optimaler Therapieverfahren unter definierten institutionellen Rahmenbedingungen und bei unterschiedlichen Krankheitszuständen. Die VTKC ist ein Instrument, das kompakt und unter Praxisbedingungen einsetzbar ist. Es erlaubt auch in zukünftigen Untersuchungen zu klären, inwieweit in der psychosomatischen Rehabilitation methodische Stringenz oder eher klinischer Pluralismus angezeigt ist.

Literatur

- Langer, A., Frank, R., 1999: Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen durch indirekte Verhaltensbeobachtung. Entwicklung eines Beobachtungsbogens für eine kriterienorientierte Supervision. *Verhaltenstherapie*, 9, S. 30-37.
- Linden, M., 1981: Definition of compliance. *International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy and Toxicology*, 19, 1, S. 86-90.
- Linden, M., 1987: Therapists compliance in psychotherapy. In Danwalder J. et al., *Controversial issues in Behav. Modification*. Amsterdam: Swels and Zeitlinger.

- Pohl, U., Richter, H., Bohus, M., 2000: Neuere Entwicklungen zur systematischen Überprüfung des therapeutischen Vorgehens. Skalen zur Erfassung von adherence und competence. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 50, S. 22-28.
- Staats, M., Bär, T., Linden, M., 2003: Messinstrumente der Therapeutencompliance in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 13, S. 62-67.

Strukturierter Qualitätsbericht für Rehabilitationskliniken - ein software-unterstütztes Konzept für Rehabilitationskliniken zur Erhebung und Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Daten zur medizinischen Rehabilitation

Müller-Fahrnow, W. (1), Spyra, K. (1), Rieger, J. (2)

(1) Charité Universitätsmedizin Berlin, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung, (2) Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH, Osnabrück

Hintergrund und Problemstellung

Mit dem SGB V § 137 wurden alle nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, ab dem Jahre 2005 im Abstand von 2 Jahren jeweils für das Vorjahr einen Qualitätsbericht zu erstellen. Dieser soll neben „klassischen“ Struktur- und Leistungsdaten der Klinik auch weiterführende Informationen zum gesamten internen Qualitätsmanagementsystem enthalten (DKG, 2003). Der Bericht ist in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen und im Internet zu veröffentlichen. Für die Rehabilitationskliniken können vergleichbare Anforderungen erwartet werden. Das zeichnet sich insbesondere vor dem Hintergrund der Empfehlungen zur „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX (BAR, 2003) sowie der Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V (VdAK/AEV, 2003) ab. Danach sind künftig alle Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, ein umfassendes internes Qualitätsmanagement aufzubauen, das mindestens alle zwei Jahre extern überprüft und bewertet werden muss. Dies impliziert eine strukturierte Berichtsform. Bisher fehlte ein wissenschaftlich begründetes und evaluiertes Konzept für Inhalt, softwaregestützte Datenerhebung, -auswertung und Veröffentlichung eines solchen strukturierten Qualitätsberichtes für Rehabilitationskliniken. Im folgenden wird über ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt berichtet, in dem erstmalig für die Gruppe der Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH ein entsprechendes Konzept entwickelt und erprobt wurde.

Methodik

Die internen QM-Strukturen der beteiligten Kliniken wurden einschließlich der Schnittstelle zu externen QS-Programmen bewertet. Insbesondere wurden die klinik-internen Strukturhebungs- und Patientenfragebögen entsprechend dem neueren wissenschaftlichen Erkenntnisstand modifiziert, erprobt und wissenschaftlich evaluiert.

Die inhaltliche Konzeptionierung des Berichtes erfolgte unter Berücksichtigung der trägerübergreifend vereinbarten strukturellen Grundanforderungen an das externe und interne QM. Zu ihrer inhaltlichen Ausgestaltung wurden national und international etablierte Modelle für das externe und interne QM berücksichtigt, insbesondere die Anforderungen der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung zur Qualitätssicherung sowie das reha-spezifische Verfahren „Integriertes Qualitätsmanagement-Programm Reha (IQMP-Reha).

Um die Schnittstelle zwischen den empirischen Daten aus der externen QS und dem internen QM in den beteiligten Kliniken zu optimieren, wurde diese durch Aufnahme entsprechender Items in die interne Berichterstattung integriert.

Es wurde ein software-gestütztes (SQL-Datenbank) Datenerfassungs- und Berichtsprogramm für den strukturierten Qualitätsbericht der Kliniken entwickelt.

Alle Zwischenschritte und Ergebnisse wurden laufend in Zusammenarbeit mit den Klinikexperten und dem wissenschaftlichen Beirat des Unternehmens konsentiert.

Ergebnisse

Das Ergebnis der Forschungs- und Entwicklungsarbeit liegt in Form eines software-gestützten Programms für die Datenerfassung und Veröffentlichung eines strukturierten Qualitätsberichtes durch Rehabilitationskliniken vor. Die Erprobungsphase wird für die Kliniken der Paracelsus-Gruppe Ende 2005 abgeschlossen sein. Der Bericht beinhaltet den sog. Basisteil mit Angaben zur Strukturqualität und den Leistungen der Klinik und den Systemteil mit einer Gliederung für die Beschreibung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements mit den Hauptpunkten „Qualitätspolitik“ sowie „Qualitätsmanagement und Bewertung“. Der Systemteil ist weniger standardisiert als der Basisteil. Die individuelle Berichterstattung orientiert sich an formalen Gliederungspunkten wie bspw. „Leitbild“, „Politik und Strategie“, „Kommunikation der Qualitätspolitik“, „Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“, „Patientenorientierung“, „Schlüsselprozesse der Klinik“ und „Mitarbeiterorientiertes Führungskonzept“. Als Hilfe für ihre Ausgestaltung wurden inhaltliche Anhaltspunkte erarbeitet, von denen jedoch optional abgewichen werden kann. Auf der Basis einer SQL-Datenbank wurde ein nutzerfreundliches Programm für die Datenerfassung und -ausgabe vor Ort zur Verfügung gestellt. Die konzeptuellen Grundlagen und praxisrelevanten Hinweise wurden für die Anwender in einem Manual zusammengefasst.

Diskussion

Mit dem Konzept für einen software-gestützten strukturierten Qualitätsbericht wurden erstmalig für Rehabilitationskliniken grundlegende Organisations- und Gestaltungsprinzipien für die Erstellung und Veröffentlichung eines entsprechenden Berichtes beschrieben, erprobt und wissenschaftlich evaluiert. Dabei wurden insbesondere die Träger übergreifend vereinbarten strukturellen Eckpunkte für das interne und externe QM berücksichtigt und in ein praxistaugliches flexibles Dokumentations- und Berichtskonzept überführt. Das vorgestellte Konzept kann für unterschiedliche interne QM-Methoden angewendet werden. Es entspricht damit dem vereinbarten Prinzip der Wahlfreiheit in diesem Bereich. Die Schnittstelle zur externen QS ist ebenfalls so flexibel gestaltet, dass das Programm unabhängig vom belegenden Träger der Einrichtung eingesetzt werden kann. Klinikspezifische Aspekte, die sich ausschließlich auf die Paracelsus-Gruppe beziehen, reduzieren sich auf wenige Konkretisierungen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Weiterer Entwicklungsbedarf betrifft vor allem die software-gestützte Erstellung von nutzeradäquaten Berichtsprogrammen für die verschiedenen Akteursebenen, so die Patienten und die Kostenträger, die Klinikenebene und die Unternehmensführung. Je nach Perspektive sind hier unterschiedliche Aggregationsstufen und Aufbereitungen der Ergebnisse vorzusehen.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2003): Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX (27. März 2003), 3.
- Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV): Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137d Abs. 1/1a SGB V.
- DKG (Hrsg.) (2003): Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichtes für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser.
- IQMP-Reha: <http://www.reha.hu-berlin.de/luise/forschung/iqmg>

Die Entwicklung von Strukturqualitätskriterien für die ambulante Rehabilitation

Dudeck, A. (1), Farin, E. (1), Jäckel, W.H. (1,2), Beckmann, U. (3), Berghaus, U. (4)

(1) Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, (2) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung Bad Säckingen, (3) Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin, (4) BKK Bundesverband, Essen

Einleitung

Im Zusammenhang einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ist die Struktur einer Rehabilitationseinrichtung von wesentlicher Bedeutung. Eine angemessene Strukturqualität gilt als Voraussetzung für entsprechende Therapieangebote mit dem Ziel einer Verbesserung des Gesundheitsstatus der Rehabilitanden. Eine Bewertung von Strukturparametern erfordert die Festlegung von Merkmalen als Definitionsgrundlage für die Strukturqualität. Während im Bereich der stationären Rehabilitation für verschiedene Indikationen bereits eine Grundlage zur Bewertung von Strukturqualitätskriterien vorliegt (Farin et al., 2003), besteht für die ambulante Rehabilitation noch Entwicklungsbedarf. Im Rahmen eines gemeinsam von der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Projektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation für die Indikationsbereiche kardiologische und muskuloskeletale Erkrankungen wurden erstmalig Bewertungskriterien für die Strukturqualität ambulanter Rehabilitationseinrichtungen entwickelt.

Methodik

Die Definition der Bewertungskriterien erfolgte in einem strukturierten Konsensusprozess einer Expertengruppe, bestehend aus kardiologischen und orthopädischen Chefarzten aus ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, weiteren kardiologischen bzw. orthopädischen Experten sowie Ärzten der Rentenversicherungsträger und des MDK/MDS. Auf der Grundlage eines vorliegenden, trägerübergreifend erarbeiteten Strukturhebungsbogens für die stationäre Rehabilitation (Klein et. al., 2004) und unter Einbeziehung der aktuellen BAR-Rahmenempfehlungen (BAR, 2000a,b) wurde ein Basisvorschlag für Bewertungskriterien der Strukturqualität ambulanter Rehabilitationseinrichtungen erarbeitet. Dieser wurde in einer postalischen Vorabbefragung an die Expertengruppe versandt. Im Anschluss an eine zweitägige Konsensuskonferenz wurden zwei postalische Abstimmungsrunden durchge-

führt, wobei in die erste Runde ein erweiterter Expertenkreis einbezogen wurde. Nach Auswertung der Rückmeldungen wurde eine Liste von Bewertungskriterien erstellt. Die erarbeitete Version wird in Form eines Strukturhebungsbogens aktuell für die Pilotphase des Projekts zur Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation eingesetzt.

Ergebnisse

Bei den erarbeiteten Bewertungskriterien lassen sich zwei Arten von Kriterien unterscheiden:

1. Basiskriterien stellen zentrale Qualitätsanforderungen für eine qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitation dar und geben Merkmale wieder, die jede ambulante Rehabilitationseinrichtung vorhalten soll.
2. Zuweisungskriterien sollen vor allem die Zuweisungssteuerung durch die Rehabilitationsträger unterstützen.

Es liegen insgesamt 118 Kriterien vor, die sich den folgenden Bereichen zuordnen lassen (Anzahl der Merkmale in Klammern):

- Merkmale der Strukturqualität(98)
 - Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung (29)
 - Medizinisch-technische Ausstattung (16)
 - Therapie, Schulungen, Patientenbetreuung (41)
 - Personelle Ausstattung (12)
- Strukturnahe Prozessmerkmale (20)
 - Konzeptionelle Grundlagen (4)
 - Internes Qualitätsmanagement (10)
 - Interne Kommunikation und Personalentwicklung (6)

Die erarbeitete Liste von Bewertungskriterien ist vergleichbar mit den Strukturqualitätskriterien für die stationäre Rehabilitation (vgl. Klein et al., 2004), berücksichtigt jedoch Spezifika der ambulanten Rehabilitation. Entsprechende Anpassungen beinhalten beispielsweise einen Wegfall räumlicher Anforderungen in Bezug auf Patientenzimmer und Betten; aufgenommen wurden hingegen Anforderungen in Bezug auf Umkleiden, Duschräume, einen Ruhebereich und einen Speisebereich. Es entfallen neben der Erfordernis leitender Therapeuten u.a. Nacht-, Bereitschafts- und Hintergrunddienste; dafür sind neue Regelungen für die ärztliche Besetzung der Einrichtung tagsüber vorgesehen. Weitere Anpassungen bestehen in leicht reduzierten Anforderungen hinsichtlich der medizinisch-technischen Ausstattung, veränderten Regelungen in Bezug auf Visiten, Erstuntersuchung und Therapiebeginn und der Aufnahme eines Kriteriums „Bei Bedarf Besuche vor Ort (z.B. in der Wohnung oder am Arbeitsplatz des Rehabilitanden)“. Kostformen, Therapieformen und Schulungen wurden teilweise zusammengefasst. Die Erhebung der Strukturmerkmale erfolgt über einen von der Einrichtungsleitung auszufüllenden Fragebogen. Die Ergebnisse werden mit der Durchführung von Telefoninterviews und Visitationen validiert.

Schlussfolgerungen

Mit den erarbeiteten Bewertungskriterien liegen erstmalig für das Deutsche Rehabilitationssystem in einem strukturierten Konsensusverfahren erarbeitete Anforderungen für die Strukturqualität ambulanter Rehabilitationseinrichtungen vor. Die Veröffentlichung der Kriterien

macht diese für Rehabilitationseinrichtungen transparent und kann einen Beitrag zu deren Qualitätsentwicklung leisten.

Literatur

- Farin, E., Gerdes, N., Jäckel, W.H., Follert, P., Klein, K., Glattacker, M. (2003): „Qualitätsprofile“ von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 8, 191-204.
- Klein, K., Farin, E., Jäckel, W.H., Blatt, O., Schliehe, F. (2004): Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. *Rehabilitation* (43), 100-108.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2000): Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation. Frankfurt/Main: BAR.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2000): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen. Frankfurt/ Main: BAR.

Internes Qualitätsmanagement - Umsetzung im Routinebetrieb der Rehabilitationsklinikgruppe der BfA -

Baron, P., Lindow, B., Lowien, S.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)

Hintergrund

Der Gesetzgeber hat das durch das IX. Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) die Leistungserbringer verpflichtet, ein Qualitätsmanagement vorzuhalten, das zielgerichtet und systematisch die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert. Zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen müssen die bestehenden Strukturen systematisch weiterentwickelt werden. Unter Einbeziehung der Instrumente des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung und der Instrumente zur Qualitätslenkung der BfA wurde mit professioneller externer Unterstützung und wissenschaftlicher Beratung ein BfA-eigenes Qualitätsmanagementsystem, die „QM-Systematik der Reha-Klinikgruppe der BfA“ entwickelt und in den Rehabilitationseinrichtungen der BfA erfolgreich implementiert. Die Schaffung günstiger Voraussetzungen für den Einsatz in der Routine wurde in der Projektorganisation und bei der Methodik berücksichtigt.

Methodik

Im Vordergrund stand ein umfassender partizipativer Ansatz unter breiter Einbeziehung der Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter. Die qualifizierte Schulung von Qualitätsmanagementbeauftragten, Führungskräften und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des QM-Teams aus allen Rehabilitationskliniken erfolgte durch ein speziell für das Projekt entwickeltes Curriculum, das die Anforderungen der Bundesärztekammer für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen vollständig abdeckt und gleichzeitig spezifische klinikbezogene und praxisorientierte Schulungsinhalte enthält. Die Implementierung in den Rehabilitationskliniken wurde durch intensives professionelles Coaching unterstützt. Klinikinterne Strukturen (Qualitätsmanagementbeauftragter, Qualitätszirkel, Lenkungsausschuss, Projektgruppen) wurden in der Implementierungsphase geschaffen und konnten in die Routine übernommen werden. In der Projektdurchführung wurde ein Zwei-Phasen-Modell angewandt. Die Implementierung

erfolgte in der Phase 1 in sechs Piloteinrichtungen und konnte in der Phase 2 in den verbleibenden 16 Einrichtungen umgesetzt werden. Hierbei wurden Patenschaften mit den Einrichtungen aus der Phase 1 sichergestellt. Durch den kontinuierlichen wechselseitigen Wissenstransfer im Zwei-Phasen-Modell wurde die Übernahme in die Routine wesentlich unterstützt. Die Implementierung in allen Rehabilitationseinrichtungen wurde am 31.12.2004 erfolgreich abgeschlossen. Für die sechs Piloteinrichtungen bestand zu diesem Zeitpunkt bereits eine Erfahrung von 12 Monaten in der Routine. Aktives Qualitätsmanagement in der Routine wurde konzeptionell und strukturell sichergestellt durch die institutionalisierte Stelle des Qualitätsmanagementbeauftragten in Stabstellenfunktion, die strukturierte Einrichtung von Qualitätszirkeln sowie kontinuierliche Verbesserungsprojekte. Regelmäßig wird ein Management-Review durchgeführt. Interne, klinikübergreifende und unabhängige Audits mit Beratungsansatz sind sichergestellt. Regelmäßige Netzwerktreffen der Qualitätsmanagementbeauftragten dienen der Verfolgung der Routine, der Koordination der Abstimmung sowie der konzeptionellen Weiterentwicklung. Insbesondere durch die intensive Schulung von Klinikmitarbeitern wurde die klinikübergreifende Kooperation in der Routine sichergestellt.

Ergebnisse

Mit professioneller externer Unterstützung und wissenschaftlicher Beratung sowie umfassender Qualifizierung von Mitarbeitern gemäß den Anforderungen des Curriculums der Bundesärztekammer für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen konnte für die Reha-Klinikgruppe der BfA eine eigene QM-Systematik entwickelt werden, die in vollem Umfang die Anforderungen an ein entsprechendes Managementsystem erfüllt.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Das o. g. Projekt hat in der Planung, Organisation und Methodik berücksichtigt, optimale Voraussetzungen für aktives Qualitätsmanagement in der Routine zu schaffen. Im ersten Jahr ist dies erfolgreich gelungen. Durch die eingerichteten strukturellen Voraussetzungen in der Rehabilitationsklinik ist eine regelmäßige kontinuierliche Verfolgung der aktiven Routine möglich.

Literatur

Baron, P., Lindow, B., Görke, J. (2004): Die Angestelltenversicherung, Heft 5/6, 259-263.

Wie bewerten die Kliniken das QS-Reha-Verfahren der GKV? Ergebnisse aus einer Befragung zur Studienevaluation

Follert, P. (1), Farin, E. (1), Schorr, G. (1), Kuhl, H.-C. (1), Jäckel, W. H. (1, 2)

(1) Universitätsklinikum Freiburg - Abt. Qualitätsmanagement & Sozialmedizin, Freiburg i. Br., (2) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Hintergrund

Seit dem Jahr 2002 wird das Qualitätssicherungsprogramm der GKV in der medizinischen Rehabilitation (QS-Reha-Verfahren, Farin et al. 2001, 2003) für die somatischen Indikationsbereiche Muskuloskelettale Erkrankungen und Kardiologie in der Routine angewandt. In

der ersten Erhebungsrunde der Routinephase konnten für 22 Rehabilitationskliniken sog. „Qualitätsprofile“ (Farin et al., 2004) durch das beauftragte wissenschaftliche Institut (Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin - Universitätsklinikum Freiburg) erstellt werden. Eine Evaluation des Verfahrens sowie eine systematische Erfassung des Aufwands für die Kliniken fand bisher nicht statt (Kawski, Koch, 2004). Im folgenden Beitrag werden die Ergebnisse der Befragung von o.g. Kliniken dargestellt. Ziel dieser Befragung war einerseits, die Qualität der wissenschaftlichen Dienstleistungen zu erfassen (im Sinne einer „Kundenbefragung“), andererseits aber auch Informationen über Arbeitsaufwand und Akzeptanz des Verfahrens zu erhalten, um damit eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Programms zu gewährleisten.

Methodik & Ergebnisse

Zur Evaluation sowohl der durch das wissenschaftliche Institut erbrachten Dienstleistungen als auch der einzelnen Bestandteile des QS-Reha-Verfahrens wurde ein interner Fragebogen zur Studienevaluation entwickelt. Im Juni 2004 wurden die Chefarzte, Verwaltungsleiter und Studienkoordinatoren von 22 Reha-Kliniken angeschrieben, die zu diesem Zeitpunkt einen kompletten Zyklus des QS-Reha-Verfahrens durchlaufen hatten, mit der Bitte sich an der Befragung zu beteiligen. Insgesamt ist der Rücklauf der Fragebögen als sehr gut zu bewerten (Studienkoordinatoren 86,4 %; Chefarzte 77,3 % und Verwaltungsleiter 63,4 %; Gesamt N=50). Im Folgenden werden die Ergebnisse zentraler Fragenkomplexe dargestellt.

Zeitlicher Aufwand

Die mit der Durchführung in den Kliniken betrauten Studienkoordinatoren (N=19) geben an, im Mittel 9,3 Stunden pro Woche über einen Zeitraum von 6 Monaten (entspricht durchschnittlich 229,3 Stunden) für die Betreuung der Studie benötigt zu haben. 43 % von ihnen wurden für diese Tätigkeit in entsprechendem Umfang freigestellt.

Die Ärzte in den Kliniken haben die Aufgabe, für die Studienpatienten jeweils einen Arztbogen zu bearbeiten und im Rahmen des Peer-Review Verfahrens eine ausführliche Entlassdokumentation zu erstellen. Für die Bearbeitung dieser Instrumente des QS-Reha-Verfahrens mussten die Ärzte durchschnittlich insgesamt 26,1 Minuten pro Patient aufwenden.

Bewertung des QS-Reha-Verfahrens

Insgesamt 68,8 % der Befragten sind der Meinung, das QS-Reha-Verfahren sei dazu geeignet, die Qualität der einzelnen Kliniken objektiv abzubilden (Kategorien 1, 2 und 3 auf einer 6-stufigen Skala; 1= „ja vollständig“). Die Wichtigkeit der externen Qualitätssicherung wird insgesamt als sehr hoch eingestuft: 79,6 % der Befragten sagen, diese sei „sehr wichtig“. 61,2 % der Befragten vergaben bei der Einschätzung des Nutzens der Teilnahme am QS-Reha-Verfahren einen Wert von 1 oder 2 auf einer 6-stufigen Antwortskala (1= „sehr nützlich“). 31 von 48 Befragten gaben an, dass die Ergebnisse des QS-Reha-Verfahrens bei ihnen in der Klinik zu Konsequenzen geführt haben.

Diskussion und Schlussfolgerung

In ihrer Analyse zum Stand der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland bemängeln Kawski und Koch (2004), dass bisher keine systematische Evaluation der eingeführten QS-Programme durchgeführt wurde. Weiterhin fordern sie eine Analy-

se des klinikinternen Aufwands und deren Kosten. Mit den Daten dieser Befragung zur Studienevaluation lassen sich bereits zentrale Fragen - wenn auch vorerst an einer kleinen Stichprobe - beantworten, wie beispielsweise der personelle Aufwand pro Klinik oder die Akzeptanz des Verfahrens aus Sicht der Kliniken. Es zeigt sich deutlich, dass die bisher befragten Einrichtungen der externen QS einen hohen Nutzen bescheinigen. Die Akzeptanz der eingesetzten QS-Verfahren hängt in hohem Maße davon ab, wie der Nutzen und Aufwand für die einzelnen Kliniken wahrgenommen wird. Das Feedback aus den Kliniken enthält wichtige Informationen für eine Weiterentwicklung der QS-Programme und sollte entsprechend erfasst, berücksichtigt und genutzt werden.

Literatur

- Farin, E., Follert, P., Gerdes, N., Jäckel, W.H., Thalau, J., 2004: Quality assessment in rehabilitation centres: the indicator system 'Quality Profile'. *Disability and Rehabilitation*, 26 (18), 1096-104.
- Farin, E., Jäckel, W.H., 2001: Qualitätssicherung durch die Gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation. *Die Betriebskrankenkasse*, 89, 376-381.
- Farin, E., Gerdes, N., Jäckel, W.H., Follert, P., Klein, K., Glattacker, M., 2003: "Qualitätsprofile" von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 8, 1-14.
- Kawski, S., Koch, U., 2004: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Entwicklungsstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47 (2), 111-117.

Wirksamkeit des Rehabilitationsmanagements der Verwaltungs-BG bei Patienten mit distalen Radiusfrakturen - eine randomisierte, kontrollierte klinische Studie

Bak, P. (1), Lohsträter, A. (2), Müller, W.D. (3), Smolenski, U.C. (1)

(1) Universitätsklinikum Jena, Institut für Physiotherapie, (2) Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, Erfurt, (3) m & i Fachklinik, Bad Liebenstein

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

In Zeiten immer knapper werdender Ressourcen im Gesundheitswesen steht die Rehabilitation, vor allem hinsichtlich der Qualitätssicherung, zunehmend unter Legitimationsdruck. Es besteht dennoch kaum Evidenz, ob die Implementierung von etablierten Zertifizierung- und Akkreditierungssystemen oder anderer Managementmaßnahmen die Ergebnisse der Rehabilitation aus der Patientenperspektive positiv beeinflussen können (Bak et al., 2004). Ziel der Untersuchung war es zu prüfen, ob die Implementierung eines zusätzlichen Rehabilitationsmanagements, welches Elemente der Struktur- und Prozessqualität beinhaltet, bei Patienten nach distalen Radiusfrakturen aus deren Perspektive Vorteile gegenüber dem Standardverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung bringt.

Methodik

In einer prospektiven randomisierten kontrollierten Studie haben 200 konsekutive Patienten nach distalen Radiusfrakturen teilgenommen. Sie wurden entweder einer Interventionsgrup-

pe (spezielles Reha-Management) oder einer Kontrollgruppe (BG-Standardmanagement) randomisiert zugeteilt. Beide Gruppen wurden durch unabhängige Teams innerhalb einer Bezirksverwaltung betreut. In der Interventionsgruppe wurden nach Eingang des Durchgangsarztberichtes und ggf. des OP-Berichtes die Unterlagen dem beratenden Handchirurgen übermittelt. Innerhalb von 24 Std. erhält die VBG eine Prognose mit dezidierten Behandlungsempfehlungen. Es können auf einem standardisierten Bogen einzelne Maßnahmen (BGSW, EAP, KG, Ergo, Hilfsmittel) hinsichtlich Beginn, Art und Dauer vorgeschlagen werden. Nach Eingang des D-Berichtes (T1) sowie nach 3 (T2) und 9 (T3) Monaten wurden der gesamten Stichprobe SF-36, EQ-5D und der DASH als selbstadministrierte Fragebögen vorgelegt. Es wurden in beiden Gruppen separat die longitudinalen Effekte sowie die Gruppenunterschiede zu jedem Messzeitpunkt statistisch geprüft.

Ergebnisse

Von den 138 bisher randomisierten Patienten konnten bisher 102 (87 %) vollständige Datensätze (T1+ T2 + T3) gewonnen werden. In beiden Gruppen zeigte der SF-36 zwischen T1 und T2 statistisch signifikante Veränderungen in den Subskalen PF und BP sowie PCS, in der Interventionsgruppe zusätzlich in der Dimension RP. Zwischen T2 und T3 zeigte sich eine statistisch signifikante Verbesserung in BP und RP bei der Interventionsgruppe, sonst nur trendmäßige Veränderungen. Trotz der Randomisierung zeigte die Interventionsgruppe am in den Dimensionen RP und BP deutlich schlechte Ausgangswerte. Diese wurden im Verlauf mehr als ausgeglichen, so dass zwischen T1 und T3 statistisch signifikante Gruppenunterschiede zu Gunsten der Interventionsgruppe in den Dimensionen RP, BP und PCS gefunden wurden. Der EQ-5D zeigte signifikante Veränderungen im TTO-Index und eine trendmäßige Verbesserung von T1 zu T2 in beiden Gruppen, die Veränderungen zwischen T2 und T3 waren nicht signifikant. Der DASH zeigte signifikante Verbesserungen in beiden Gruppen zwischen T1 und T2. In der Kontrollgruppe waren die Zuwächse in dem Arbeitsmodul (A-DASH) und in der Interventionsgruppe zusätzlich im Sport- und Freizeitmodul (S-DASH) statistisch signifikant. Zusätzlich waren die Gruppenunterschiede zum Zeitpunkt T3 zu Gunsten der Interventionsgruppe statistisch signifikant.

Diskussion

Die Stichprobe war zur Überprüfung des Verfahrens ausreichend groß. Die Messinstrumente sind international bekannt und, auch als deutsche Version, validiert (Offenbacher et al., 2003). Die Stichprobe beinhaltet Patienten, die sich sowohl hinsichtlich der sozioökonomischen Variablen, als auch des Schweregrades der Verletzung voneinander unterscheidet. Auch die Art der konservativen oder operativen Versorgung schränkt die Vergleichbarkeit mit anderen Ergebnissen ein (MacDermid et al., 2002). Ebenso ist die Vergleichbarkeit mit international publizierten Studien durch die Vielfalt von Zielkonstrukten und verwendeten Messinstrumenten sowie durch mannigfaltige Behandlungsstrategien erschwert (McOwan et al., 2001).

Schlussfolgerungen

Das Management der VBG hat sich für die gesamte Stichprobe als wirksam erwiesen und wird bei Rehabilitation von Patienten mit distalen Radiusfrakturen daher empfohlen. Detaillierte Subgruppenanalysen, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen zu den unterschiedlichen Frakturtypen und dem primären Vorgehen (konservativ/operativ) sowie in Ab-

hängigkeit von sozio-demografischen und sozio-ökonomischen Variablen sind dringend notwendig. Es ist zu klären, welche Subgruppen von dem besonderen Managementverfahren profitieren und welche mit dem Standardverfahren gut rehabilitiert werden können. Ferner ist die Kosten-Nutzen Relation und die Kosten-Effektivität zu prüfen

Literatur

- Bak, P., Lohsträter, A., Müller, W.D., Bocker, B., Smolenski, C.U. (2004): Zertifizierungs- und Akkreditierungssysteme als Instrument des Qualitätsmanagements in der Rehabilitation (Teil 1) - Identifizierung und Charakterisierung der meist verbreiteten Systeme Phys Rehab Med Kuror 14: 5.
- MacDermid, J.C., Donner, A., Richards, R.S., Roth, J.H. (2002): Patient versus injury factors as predictors of pain and disability six months after a distal radius fracture. Journal of Clinical Epidemiology 55, 849-854
- McOwan, C.G., MacDermid, J.C., Wilton, J. (2001): Outcome measures for evaluation of scar: a literature review. Journal of Hand Therapy. 14, 77-85.
- Offenbacher, M., Ewert, T., Sangha, O., Stucki, G. (2003): Validation of a German version of the Disabilities of Arm, Shoulder, and Hand questionnaire (DASH-G) Zeitschrift für Rheumatologie 62, 168-177.

Erprobung eines indikatorenbasierten Screening-Systems als Weiterentwicklung im Peer-Review der gesetzlichen Unfallversicherung

Lukaszczik, M. (1), Neuderth, S. (1), Vogel, H. (1), Swoboda, M. (2), Weber-Falkensammer, H. (2)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, (2) Bundesverband der Unfallkassen, München

Hintergrund

In der medizinischen Rehabilitation stellt das Peer-Review-Verfahren ein Routine-Instrument der externen Qualitätssicherung durch die Kostenträger dar. Es wird eingesetzt, um eine Qualitätsbewertung von Behandlungsprozessen durch Fachkollegen durchzuführen. Als Ergebnis der Evaluation des Peer-Review in der Rehabilitation der gesetzlichen Unfallversicherung hat sich gezeigt, dass es sich hierbei um ein sehr aufwändiges Verfahren handelt, welches u. a. dazu geeignet ist, Kliniken mit auffallend schlechter dokumentierter Qualität zu identifizieren (Neuderth, 2004). Eine ausreichende Reliabilität ist nur durch Mehrfachbeurteilungen zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Methode zu fordern.

Um ein angemessenes Verhältnis von eingesetzten Ressourcen und erzielten Ergebnissen zu gewährleisten, wird ein modifiziertes, ökonomischeres Peer-Review-System entwickelt und erprobt.

Methode

Über Literaturrecherche, Expertenbefragungen und statistische Analysen bereits bewerteter Peer-Review-Fälle wurden Indikatoren ermittelt, die Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme bei Behandlungsprozessen geben. Es wird ein Meldesystem für potenzielle Problemfälle in der Verwaltung eines Unfallversicherungsträgers erprobt, welches sich auf die Expertise der Sachbearbeiter der Versicherungsträger stützt. Kliniken, die auf Basis dieses Meldesystems auffällig werden, können schließlich gezielt in ein aufwändiges Qualitätsbewertungsverfahren (z. B. Peer-Review) eingehen.

Ergebnisse

Beschwerden von Patienten, Kommunikationsprobleme zwischen Sachbearbeitern und Kliniken, Verzögerungen im Heilverfahren und Komplikationen stellen wichtige Indikatoren dar, um Behandlungsfälle auszuwählen, die potenziell mit Qualitätsmängeln behaftet sind. Regelmäßige interdisziplinär besetzte Treffen ermöglichen die Kommunikation von gegenseitigen Erwartungen und setzen eine Qualitätsentwicklung in Gang.

Diskussion und Schlussfolgerungen

In Anbetracht des zunehmenden Ressourcenverbrauchs durch Qualitätssicherungsprogramme ist eine kritische Evaluation der eingesetzten Methoden zu fordern. Über die indika-

torengestützte Auswahl von Kliniken mit potenziellen Qualitätsproblemen i. S. eines Incident-Reporting-Systems ist es möglich, die Ressourcen für ein Peer-Review-Verfahren gezielter einzusetzen. Eine Validierung der Daten über Patientenbefragungen und weitere Variablen ist anzustreben.

Literatur

Neuderth, S. (2004): Externe Qualitätssicherung durch Peer-Review - Entwicklung und Evaluation eines Peer-Review-Verfahrens in den Kliniken zur Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung der gesetzlichen Unfallversicherung. Psychologie Band 48. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.

Beurteilung externer Qualitätssicherung in Mutter-Kind-Einrichtungen aus Sicht der Projektteilnehmer

Meixner, K. (1), Glattacker, M. (1), Farin, E. (1) Bengel, J. (2), Jäckel, W.H.(1)

(1) Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, (2) Abteilung Rehabilitationspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg

Hintergrund

Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen führen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen gem. § 24 und § 42 SGB V durch. Zudem sind diejenigen Einrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag gem. § 111a SGB V besteht, zur Qualitätssicherung verpflichtet. Zeitgleich mit der Verabschiedung dieses Gesetzes im Sommer 2002 wurde ein Projekt der externen Qualitätsmessung hinsichtlich der Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität sowie Patientinnen- und Mitarbeiterzufriedenheit in 63 Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen abgeschlossen („Qualitätsprofile für Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen“; Glattacker et al., 2002; Meixner et al., 2003). Daten wurden im Erwachsenen- und im Kinderbereich erhoben. Im Rahmen des Projekts standen zwei Ziele im Mittelpunkt: Die Ergebnisse, die sich aus risikoadjustierten Klinikvergleichen (Farin et al., 2003) ergaben, sollten als Input für interne Qualitätssicherungsmaßnahmen dienen sowie für die Außendarstellung der einzelnen Einrichtungen genutzt werden können. Die Beurteilung des Projekts aus Sicht der Projektteilnehmer wurde mittels einer schriftlichen Befragung erhoben, deren Ergebnisse im Folgenden berichtet werden.

Methodik

Der Fragebogen wurde bei Studienabschluss an alle teilnehmenden Einrichtungen gesandt. Das Erhebungsinstrument beinhaltete 37 Fragen, die zum Teil als verbal verankerte Ratingskalen und zum Teil als Freitextfelder angelegt waren. Im Einzelnen wurden die Bereiche „Zufriedenheit mit der Studienbegleitung“, „Ausmaß der zusätzlichen Arbeitsbelastung durch die Studie“, „Übereinstimmung zwischen den Studienergebnissen und den eigenen Einschätzungen in der Einrichtung“ sowie „Verwertung der Ergebnisse“ abgefragt. Um den Rücklauf zu erhöhen, war dem Fragebogen ein frankierter Rückumschlag beigelegt. Die Beantwortung erfolgte anonym. Nach ca. fünf Wochen wurde in einem Erinnerungsschreiben an alle Einrichtungen nochmals um die Rücksendung gebeten.

Ergebnisse

Aus den 63 Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen lagen 41 Evaluationsbögen vor. Dies entspricht einem Rücklauf von 65 %. Zur Beurteilung der Zufriedenheit mit der Studienbegleitung wurde gefragt, ob das Forschungsinstitut bei Problemen ausreichend weiterhelfen bzw. die auftretenden Fragen beantworten konnte. Diese Fragen wurden im Mittel mit 4,0 (SD 0,7) und 4,2 (SD 0,8) beantwortet (1 = „nie“; 5 = „immer“). Konkrete Schwierigkeiten bei der Organisation der Studie wurden von 24 Einrichtungen benannt (z.B. „große zeitliche und personelle Mehrbelastung für Ärztinnen und Therapeutinnen durch die Studie“, „Probleme im Zusammenhang mit der Installation von EDV-Programmen“, „Probleme aufgrund von mangelhafter Kommunikation zwischen den Arbeitsbereichen“). Die Frage, ob die Studienergebnisse mit der eigenen Einschätzung der Einrichtung hinsichtlich der einzelnen Qualitätsdimensionen übereinstimmten (1 = „gar nicht“, „5 = vollständig“) wurde für jede Dimension zu weniger als 20 % verneint, ca. weitere 20 % der Urteile lagen im mittleren Bereich. Je nach Qualitätsdimension bestätigten zwischen 53 % und 68 % der Beurteilenden eine gute Übereinstimmung zwischen den Studienergebnissen und der eigenen Wahrnehmung der Prozesse in der Einrichtung. Diese Einschätzungen fielen für den Erwachsenenbereich positiver als für den Kinderbereich aus (χ^2 , $p < 0,001$). 34 Einrichtungen (83 %) gaben an, dass die Ergebnisse der Studie mit den Mitarbeiterinnen in Arbeitsbesprechungen, Qualitätszirkeln o.ä. diskutiert wurden. In 27 Einrichtungen (66 %) führten die Ergebnisse des Qualitätsprofils dazu, dass interne Verbesserungsmaßnahmen beschlossen wurden, z.B.:

- Veränderungen im Ablauf und in der Organisation,
- Veränderung der Angebote und Inhalte,
- Verbesserung der Dokumentation der Behandlungsprozesse,
- Personelle Veränderungen.

78 % der Einrichtungen berichteten, dass die Ergebnisse des Qualitätsprofils zur Außendarstellung genutzt wurden. Zudem planten 73 % der Einrichtungen, die Ergebnisse an Dritte (z.B. Krankenkassen) weiterzugeben.

Schlussfolgerung

Für die Mehrzahl der Studienteilnehmer waren die Projektergebnisse Anregung zur Außendarstellung sowie zur Etablierung interner Verbesserungsmaßnahmen. Die konkrete Wirkung der Außendarstellung einer Einrichtung, z.B. bei Krankenkassen, kann mit den vorliegenden Daten nicht geprüft werden. Ein kritischer Punkt in Bezug auf die Studiendurchführung besteht in der zusätzlichen Arbeitsbelastung, die für Mitarbeiterinnen aus dem psychosozialen und medizinischen Bereich als besonders hoch eingeschätzt wurde. Eine zukünftige Forschungsaufgabe könnte darin bestehen, diesen Mehraufwand zu quantifizieren, um ihn bei der Diskussion um Kosten und Nutzen externer Qualitätssicherung angemessen zu berücksichtigen.

Literatur

- Farin, E., Gerdes, N., Jäckel, W.H., Follert, P., Klein, K., Glattacker, M. (2003): „Qualitätsprofile“ von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 8, 191-204.
- Glattacker, M., Meixner, K., Gerdes, N., Jäckel, W.H., Bengel, J., Herwig, J., Gerstkamp, P., Kleinfeld, A. (2001): *Qualitätsmanagement für Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 8, 301-304.

Meixner, K., Glattacker, M., Engel, E.M., Gerdes, N., Bengel, J., Jäckel, W.H. (2003a): Frauen in Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen: Eingangsbelastungen, Therapieziele, Patientenzufriedenheit und Behandlungseffekte. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 51, 319-332.

Strukturierte Qualitätsberichte für Rehabilitationskliniken

Rundel, M. (1), Steinhauer, M. (2), Meißner, W. (2), Kohl, C.F.R. (1), Nübling, R. (1), Löschmann, C. (1)

(1) eqs-Institut, Karlsruhe, (2) Klinik Kinzigtal, Fachklinik für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin, Gengenbach

Hintergrund

Eine der Forderungen der 72. Gesundheitsministerkonferenz 1999 in Trier lautete: Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens dokumentieren bis zum 01.01.2003 in jährlichen Qualitätsberichten die Qualität ihrer Leistungen und veröffentlichen diese in geeigneter Form. Aktuell sind nun alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser bis Ende kommenden Jahres erstmalig verpflichtet, einen strukturierten Qualitätsbericht für das Jahr 2004 zu veröffentlichen. Rehabilitationskliniken unterliegen bislang noch nicht dieser Verpflichtung. Eine transparente Qualitätsdarlegung für die Öffentlichkeit wird zukünftig jedoch auch von diesen Einrichtungen erwartet werden. Die Psychosomatische Klinik Kinzigtal hat sich mit dem Thema auseinander gesetzt und in Kooperation mit dem eqs-Institut (Karlsruhe) eine Struktur für Qualitätsberichte für Rehabilitationskliniken entwickelt und darauf aufbauend einen Qualitätsbericht für das Jahr 2003 vorgelegt.

Ziele und Zielgruppen

Mit Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes nutzt eine Klinik die Chance zur Selbstdarstellung und schafft durch die Darstellung der Ergebnisse Transparenz auf dem Markt der Leistungserbringer. Auf der Grundlage klinikübergreifender Vergleichskriterien soll dadurch eine Einschätzung der geleisteten Versorgungsqualität ermöglicht werden. Klinikintern dient der Qualitätsbericht der Klinikleitung darüber hinaus als Managementinstrument zur Überwachung und Steuerung von Unternehmenszielen. Den Mitarbeitern der Klinik schließlich liefert der Bericht Informationen über erbrachte Leistungen und damit ein Feedback zu ihrem täglichen Arbeitseinsatz. Der vorgelegte Qualitätsbericht richtet sich sowohl an Kosten- und Leistungsträger (Rentenversicherung, Krankenkassen, Private Krankenversicherungen) als auch an Fachkollegen, zuweisende Ärzte und kooperierende Institutionen. Nicht zuletzt bietet der Bericht auch den Patienten einen Einblick in die geleistete Arbeit der Klinik und ihre Behandlungsergebnisse.

Struktur des Berichts

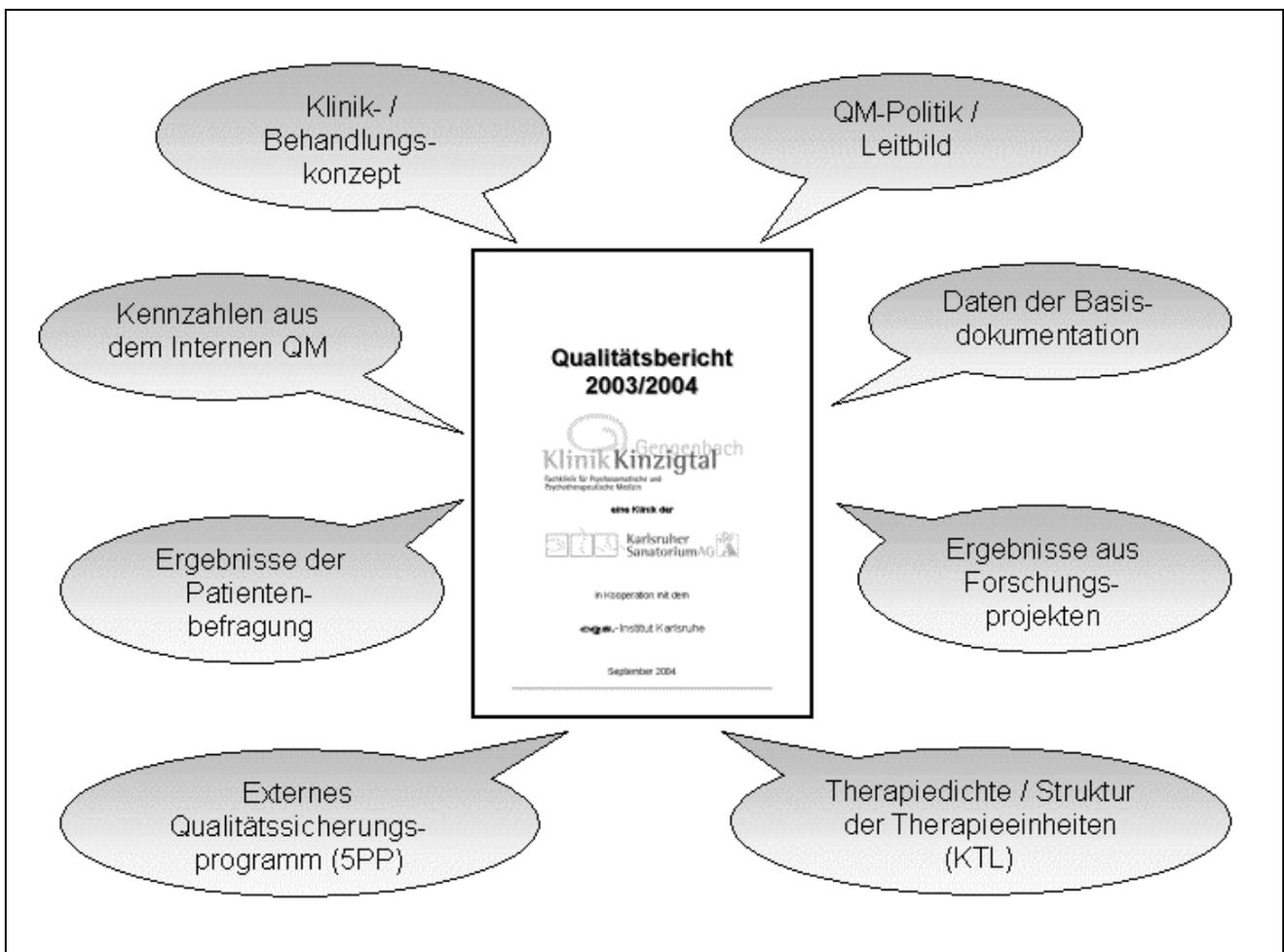
Die Struktur des Qualitätsberichts der Klinik Kinzigtal orientiert sich im wesentlichen an der „Empfehlung und Stellungnahme der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) zum Qualitätsbericht nach § 137 SGB V“ (GQMG, 2003). Berücksichtigung fand darüber hinaus die Vereinbarung über Inhalt und Umfang eines strukturier-

ten Qualitätsberichtes zwischen Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat.

Der Berichtsaufbau orientiert sich an der bewährten Aufteilung nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Klinik. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Darstellung von Indikatoren, welche die Versorgungsqualität abbilden.

Inhalt

Die Hauptaufgabe bei der Erstellung des Qualitätsberichts besteht in der gezielten Zusammenstellung qualitätsrelevanter Informationen. Die Kanonisierung der Angaben zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen erfolgt nach Vorgaben, die sich an gesetzlichen Maßgaben, Empfehlungen von Fachgesellschaften sowie dem primären Adressatenkreis orientieren.



Die Erstellung eines Qualitätsberichts ist an die Bedingung geknüpft, dass an verschiedensten Stellen innerhalb einer Einrichtung Prozesse zur Sammlung von Daten und Fakten eingeführt sind. Diese für den Bericht notwendigen Informationsquellen bedürfen einer kontinuierlichen Pflege und Aktualisierung.

Diskussion

Der vorliegende Beitrag stellt einen Vorschlag zur Gestaltung eines Qualitätsberichts für Rehabilitationskliniken zur Diskussion. Aus der „Kundenperspektive“ wären vergleichbare

Qualitätsberichte wünschenswert. Dies wird derzeit allerdings durch die grundsätzliche Gestaltungsfreiheit der Berichte eingeschränkt (Selbmann, 2004). Ein erster Schritt in diese Richtung könnte darin bestehen, dass zwischen Kliniken, Klinikträgern, Leistungsträgern, Zuweisern und Patienten eine Festlegung hinsichtlich klinikübergreifender Kriterien erfolgt, um Qualitätsberichte zumindest in Teilen vergleichbar zu machen. Der Ersteller eines Berichts steht weiterhin vor der Aufgabe, den unterschiedlichen Zielgruppen hinsichtlich ihrer spezifischen Erwartungen gerecht zu werden. Als Lösung für dieses Problem könnte ein modularer Aufbau der Berichte dienen. Ein Qualitätsbericht sollte eine umfassende und aktuelle Übersicht über die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einer Einrichtung geben. Die genannten Anforderungen erfordern zum Aufbau eines Q-Berichts ein Projektmanagement, das die Einbeziehung aller klinikinternen Leistungserbringer und die Berücksichtigung aller relevanten Informationen sicherstellt.

Literatur

- Selbmann, H.-K. (2004): Der Qualitätsbericht ab 2005 – wozu und für wen? das Krankenhaus, 9, 712-716.
- GQMG (2003): Empfehlung und Stellungnahme der GQMG zum Qualitätsbericht nach § 137 SGB V. Basierend auf dem Workshop der GQMG "Der Qualitätsbericht: Struktur und Inhalt", 1.7.2003, Klinikum der Philipps-Universität Marburg. <http://www.gqmg.de/Dokumente/QBericht-030812.pdf>

Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung in der Ambulanten Rehabilitation als Input für Internes Qualitätsmanagement

Schiffert, M. (1), Meixner, K. (2), Follert, P. (2)

(1) Ambulantes Rehabilitationszentrum Regio-Reha Freiburg GmbH, (2) Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Mit dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches Neun (SGB IX) hat die Ambulante Rehabilitation als eigenständige Organisationsstruktur innerhalb der medizinischen Rehabilitation an Bedeutung gewonnen. Die innerbetrieblichen Strukturen der betroffenen ambulanten Einrichtungen mussten sich auf neue Vorgaben einstellen, was teilweise erhebliche Eingriffe in organisationale Gegebenheiten nach sich zog. Aus Sicht der Managementtheorie ist bekannt, dass die Optimierung organisierter Prozesse idealerweise unter Einbezug der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgen sollte (Sellin, 1988). Der Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird deswegen unter dem Stichwort Arbeitsmotivation eine wichtige Rolle bei der Ressourcenmobilisierung zugeschrieben (Borg, 2003) und kann somit als Input für interne Qualitätsmanagementmaßnahmen genutzt werden. Ein adäquates Mittel zur Evaluation innerbetrieblicher Schwachstellen stellt die anonyme schriftliche Mitarbeiterbefragung dar (Asche-Matthey et al., 2001). Auf Basis einer im September 2004 in einem Freiburger Zentrum für Ambulante Rehabilitation durchgeführten Mitarbeiterbefragung soll dargestellt werden, wie aktuelle Erkenntnisse zu den Themenbereichen „Mitarbeiterzu-

friedenheit“ und „strukturelle Schwachstellen des Arbeitsprozesses“ interne Qualitätsmanagementmaßnahmen einleiten können. Zwei Fragestellungen standen im Mittelpunkt:

Zeigen sich zwischen einzelnen Arbeitsbereiche Unterschiede in der Mitarbeiterzufriedenheit ?

Lässt sich aus den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung ableiten, wo interne Qualitätsmanagementmaßnahmen ansetzen sollten?

Methodik

Die anonyme Mitarbeiterbefragung wurde im Ambulanten Rehabilitationszentrum Regio-Reha Freiburg GmbH mit dem Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit „MiZu-Reha“ durchgeführt, der bisher überwiegend im Bereich der stationären Rehabilitation eingesetzt wurde (Farin et al., 2002). Dabei sollten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befragt werden; die Rücklaufquote lag bei nahezu 100 Prozent (30 von 31 Mitarbeitern). Aufgrund der erhobenen Merkmale können die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den drei Arbeitsbereichen Verwaltung (n=7), Therapie (n=16) und Psycho-/Sozialer und medizinischer Dienst (n=7) zugeordnet werden. Im Zentrum der Datenanalysen (Mittelwertvergleiche zwischen drei Arbeitgruppen; t-Test) standen dabei die Skalen „Allgemeines Betriebsklima“, „Führungsstil des unmittelbaren Vorgesetzten“ sowie „Interne Organisation und Kommunikation“ mit einem möglichen Wertebereich von 0 bis maximal 10. Darüber hinaus wurden die Einschätzungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf Schwachstellen und Verbesserungsnotwendigkeiten auf einer vierstufigen Skala (sehr große/große/geringe/keine Verbesserungsnotwendigkeiten) erfragt.

Ergebnisse

Die Mittelwerte des Gesamtbetriebes stellen sich folgendermaßen dar: Betriebsklima Mittelwert: 9,6 (min: 5,4 ; max: 10,0; SD = 1,11), Führungsstil des Vorgesetzten MW: 7,2 (min: 3,6; max: 10,00; SD = 1,64) und Interne Kommunikation und Organisation MW: 5,5 (min: 3,3; max: 9,0; SD = 1,66). Die Mittelwerte der einzelnen Arbeitsbereiche unterscheiden sich nicht signifikant. Sehr große bzw. große Verbesserungsnotwendigkeiten sehen 57 % der Mitarbeiter in der Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsbereichen, 43 % in der Ausstattung des Arbeitsplatzes und 27 % in der Zusammenarbeit mit dem unmittelbaren Vorgesetzten. Auffallend dabei ist, dass in allen drei Arbeitsbereichen die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen unter den drei am häufigsten genannten liegt.

Diskussion

Vergleichsuntersuchungen mit dem MiZu-Reha-Fragebogen für Einrichtungen der Ambulanten Rehabilitation, die eine Einordnung im Sinne eines Benchmarkings erlauben würden, liegen bislang nicht vor. Die Interpretation ist deswegen nur eingeschränkt möglich. Die Ergebnisse zeigen, dass die Einschätzungen der Mitarbeiter in Bezug auf Arbeitszufriedenheit sowie Schwachstellen über alle Arbeitsbereiche hinweg ein ähnliches Bild abgeben. Die vorliegenden Daten sind mit denen aus der stationären Rehabilitation (Farin et al., 2002) besonders hinsichtlich der internen Kommunikation vergleichbar. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Arbeitsbereichen in Rehabilitationseinrichtungen ein wichtiges Thema interner Qualitätsmanagementmaßnahmen darstellt. Die hier beschriebene Schwachstellenanalyse bestätigt diese Annahme.

Ausblick

Ausgehend von den Ergebnissen der Untersuchung wurden an mehreren Stellen Veränderungen der innerbetrieblichen Kommunikation eingeleitet. Hierunter fallen z.B. Veränderungen der Teambesprechungen und der Zuständigkeiten. Angestrebt ist eine Wiederholung der Mitarbeiterbefragung für Januar 2005, um die Auswirkungen der eingeleiteten innerbetrieblichen Veränderungen (internes Qualitätsmanagement) zu prüfen. Zudem wurde im Herbst 2004 mit der Befragung der Patienten zu organisationalen Aspekten begonnen, um die vorliegenden Daten durch eine zusätzliche Perspektive zu validieren.

Literatur

- Asche-Matthey, B., Follert, P., Farin, E. (2001): Qualitätssicherung: Ein Mittel zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit? *Wirtschaftspsychologie*, IV-2001, 206-212.
- Borg, I. (2003): Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung; Theorien, Tools und Praxiserfahrung, 3. Aufl., Hogrefe Göttingen.
- Farin, E., Meixner, K., Jäckel, W.H., Jacob, A. (2002): Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken: Entwicklung des MiZu-Reha-Fragebogens und Anwendung in der Qualitätssicherung; in: *Rehabilitation* 2002, 41, 258-267.
- Sellien, R., Sellien, H. (Hrsg) (1988): *Gablers Wirtschaftslexikon* Bd. 4, 12.Aufl., Bertelsmann Wiesbaden.

Evaluation von PETRA - ein Modellverfahren zur Früherkennung von Reha-Bedarf bei Versicherten der LVA Schleswig-Holstein und Mitgliedern beteiligter Krankenkassen. Ergebnisse der 6 Monatskatamnese

Hüppe, A. (1), Glaser-Möller, N. (2), Raspe, H. (1)

(1) Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck, (2) LVA Schleswig-Holstein

Hintergrund

Seit dem Jahr 2000 wird von 4 gesetzlichen Krankenkassen (AOK, BKK, BEK, IKK), dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der LVA in Schleswig-Holstein ein Verfahren zum Screening von Reha-Bedarf eingesetzt. Aktuell arbeitsunfähige Versicherte werden nach Dauer und Häufigkeit von AU-Zeiten und AU-Diagnosen ausgewählt und zu einem Reha-Beratungsgespräch in ihre Krankenkasse eingeladen. Das Reha-Antragsverfahren wurde für das PETRA-Projekt stark vereinfacht. Ziele sind die Vermeidung der Progredienz chronischer Erkrankungen, Ausgabenreduktion sowie der Erhalt der Erwerbsfähigkeit und eine Reduktion der AU-Tage. Um den Nutzen des PETRA-Verfahrens zu ermitteln, wurde eine Evaluationsstudie durchgeführt, die vom Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein e.V. (vffr) finanziert wurde.

Methodik

Während der einjährigen Rekrutierungsphase (11/2002 bis 10/2003) wurden die von den Krankenkassen und vom MDK ausgewählten Versicherten in randomisierter Weise einer Interventions- (IG) und einer Kontrollgruppe (KG) zugewiesen. Den Teilnehmern der IG wurde ein Beratungsgespräch ihrer Krankenkasse angeboten, in dessen Verlauf eine Reha-Antragsstellung empfohlen wurde. Den Teilnehmern der KG wurde eine aktuelle Informationsbroschüre des VDR zu Rehabilitationsleistungen zugesandt, ansonsten erhielten sie die Routineversorgung. Alle Studienteilnehmer bearbeiteten zu Studieneintritt (t0) sowie 6 (t1) und 12 (t2) Monate später einen Fragebogen zum Gesundheitszustand, der u.a. Funktionskapazität (FFbH), Vitalität und psychisches Wohlbefinden (SF-36), Schmerzzahl und -intensität und körperliche Beschwerden (SCL) erfasst. Primärer Outcome-Parameter ist der Verlauf der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Dafür werden von den Krankenkassen sowie von der LVA folgende Sozialdaten übermittelt: Krankenhausaufenthalte und AU-Tage für alle Studienteilnehmer 12 Monate vor und nach Studieneintritt sowie gestellte/bewilligte Reha- und Rentenanträge 12 Monate nach Studieneintritt. Alle Daten werden zunächst nach der Intention to treat-Analyse ausgewertet, eine zweite Analyse („actual care“) vergleicht Versicherte mit und ohne Reha-Maßnahme.

Ergebnisse

Innerhalb eines Jahres wurden 405 Versicherte mit Hilfe des Screeningverfahrens ausgewählt. 245 Versicherte stimmten der Studienteilnahme zu (Partizipation 60.5 %; IG 69.8 %,

KG 51 %). Eine Non-Response-Analyse ergab für Alter, Geschlecht und Diagnosegruppe keine signifikanten Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und Nichtteilnehmern. 93.8 % der Teilnehmer (N=230) weisen eine AU-Diagnose aus der Gruppe der muskuloskelettalen Beschwerden auf (M05-25, M40-54, M60-99). Auf sie bezieht sich die folgende Auswertung. Ende Oktober 2004 sind die Befunde zu (t0) und (t1) vollständig ausgewertet, mit der Auswertung von (t2) wurde begonnen. Zu Studienbeginn unterscheiden sich die Teilnehmer der IG (N=134) und KG (N=96) in keiner der erhobenen Variablen. Der Gesundheitszustand der Studienteilnehmer erweist sich im Vergleich zur Gesamtgruppe berufstätiger LVA-Versicherter (Raspe et al., 2003, N=5211) als stark beeinträchtigt. Er gleicht dem Gesundheitszustand von LVA-Rehabilitanden in orthopädischen Reha-Kliniken zu Reha-Antritt (Deck et al., 2003, N=320). An der 6 Monatskatamnese beteiligten sich 74.8 % der Studienteilnehmer (N=172). Im Beobachtungszeitraum hatten 73 % der IG und 19.4 % der KG an einer Reha-Maßnahme teilgenommen. Die Auswertung der 6 Monatskatamnese (Varianzanalysen der Differenzwerte) zeigt bei einer Intention to treat-Analyse in den Indikatoren der subjektiven Gesundheit keine Unterschiede zwischen IG und KG. Der Anteil erwerbstätiger Versicherter, der zu t0 bei 76.9 (IG) bzw. 79.6 % (KG) lag, reduziert sich zu t1 in beiden Gruppen (IG: 62.6 % KG: 60.6 %). Auch die zweite Analyse („actual care“) findet keine Unterschiede zwischen den Versicherten mit einer Reha-Maßnahme (N=87) und denen ohne Reha (N=85). Die beobachteten Effektstärken liegen in beiden Gruppen in vergleichbarer Höhe (z.B. Funktionskapazität ESohne Reha=0.31 bzw. ESmit Reha=0.35).

Diskussion und Ausblick

In den erhobenen Parametern der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der Erwerbstätigkeit zeigt sich zur 6-Monatskatamnese kein Unterschied zwischen den beiden Studiengruppen. In die abschließende Nutzenbeurteilung des PETRA-Projektes müssen jedoch die Ergebnisse der 12-Monatskatamnese sowie die Analyse der Sozialdaten (AU-Tage, Berentungen) einbezogen werden. Der Anstieg nicht-erwerbstätiger Versicherter in beiden Gruppen unterstreicht jedoch schon jetzt die Notwendigkeit einer stärker berufsorientierten Rehabilitation.

Literatur

- Deck, R., Raspe, H., Faber, C.(2003): Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein. Gesundheitswesen, 8/9, A65-A66.
- Raspe, A., Matthis, C., Héon-Klin, V., Raspe, H. (2003): Chronische Rückenschmerzen: Mehr als Schmerzen im Rücken. Ergebnisse eines regionalen Surveys unter Versicherten einer Landesversicherungsanstalt. Die Rehabilitation, 42, 195-203.

Erschöpfung, Reha-Bedürftigkeit und Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei Personen, die einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt haben

*Kobelt, A. (1), Grosch, E.V. (1), Ehlebracht-König, I. (2), Wasmus, A. (1), Krähling, M. (1),
Gutenbrunner, C. (3)*

(1) LVA Hannover, (2) Rehasentrum Bad Eilsen, (3) Medizinische Hochschule Hannover,
Abt. Physikalische Medizin und Rehabilitation

Hintergrund

Die Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stützt sich maßgeblich auf die Angaben des berichtenden oder begutachtenden Arztes zu Diagnosen, den Symptomen und den durch die Erkrankung verursachten Krankheitsfolgen für die Teilhabe am Arbeitsleben des Versicherten, sowie auf den vermuteten Erfolg hinsichtlich Funktionserhalt und Wiedereingliederung ins Erwerbsleben. Gleichzeitig besteht nur eine geringe Korrelation zwischen der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit des Antragstellers und der ärztlich festgestellten objektiven Rehabilitationsbedürftigkeit (Pollmann et al., 2003). Erschöpfung allein wurde in den letzten Jahren zunehmend weniger als Indikation zur medizinischen Rehabilitation anerkannt. Dabei spielt Erschöpfung bei der Antragstellung auf medizinische Rehabilitation eine bedeutende Rolle. Die chronische Erschöpfung wird in der den Krankheitsdiagnosen zugrundeliegenden ICD nur unzulänglich bzw. lediglich in Teildimensionen erfasst, so dass die tatsächliche Interaktion zwischen Erschöpfung und somatischen Beschwerden bzw. vegetativer Dysregulation möglicherweise unterschätzt und nicht ausreichend in den Rehabilitationskonzepten berücksichtigt wird. In der vorliegenden Studie wurden folgende Fragestellungen untersucht: Wie hoch ist das Ausmaß der Erschöpfung bei Antragstellern auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Erschöpfung und der Rehabilitationsbedürftigkeit? Welche Informationen lassen sich aus einem Screening zum Zeitpunkt der Antragstellung als Grundlage für die Antragsentscheidung und für die medizinische Rehabilitation ableiten?

Methodik

Einer Zufallsstichprobe von Versicherten der LVA Hannover, die zwischen Januar und März 2004 einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt hatten (n = 500), wurde ein Screening-Fragebogen mit Skalen zur Mobilität, körperlichen Aktivität, beruflichen Erschöpfung, sozialen Unterstützung, Lebensbewältigung (IRES), allgemeinen Erschöpfung (CFS, Chalder et al., 1993) sowie mit dem SCL14 und Items zu den Arbeitsbedingungen und der Rückkehrmotivation zugeschickt (Rücklaufquote 85,6 %). Es wurde eine literaturbasierte Skala für Rehabilitationsbedürftigkeit aggregiert und sowohl Gruppenzuteilungen für Rehabilitationsbedürftigkeit als auch für Erschöpfung vorgenommen. Daten zur Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme wurden dem Versichertenkonto entnommen. Die Prüfarzte waren bezüglich des Fragebogens verblindet. Als statistische Verfahren wurden T- und chi²-Tests sowie Kovarianzanalysen mit Bonferroni-Korrektur gerechnet und Effektstärken berechnet.

Ergebnisse

Insgesamt waren 70,2 % der Reha-Antragsteller auffällig erschöpft. Erschöpfte und nicht-erschöpfte Reha-Antragsteller unterschieden sich weder im Alter, in der Berufsausbildung, im Erwerbstätigkeitsstatus, in der Motivation oder in ihren Erwartungen, nach der Rehabilitation an ihren Arbeitsplatz wieder zurückkehren zu können. Es bestätigte sich (vgl. Gerdes et al., 2000), dass deutlich mehr Frauen erschöpft waren (ES = 0,2). Die erschöpften Rehabilitanden schätzten sich signifikant weniger mobil (ES = 0,4) und körperlich weniger aktiv (ES = 0,4) ein und waren deutlich depressiver (ES = 0,6), ängstlicher (ES = 0,1) und mit somatoformen Beschwerden belasteter (ES = 0,6) als die nicht erschöpften Reha-Antragsteller. Dementsprechend hatten die erschöpften Antragsteller einen signifikant erhöhten Rehabilitationsbedarf (ES = 0,2). Gleichzeitig waren Belastungen am Arbeitsplatz mit der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit, nicht jedoch mit dem Erschöpfungsgrad assoziiert.

Diskussion und Ausblick

Unsere Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass die Anstrengung der Bewältigung der durch körperliche oder psychische Beschwerden bedingten Teilhabestörung konsekutiv die Rehabilitationsbedürftigkeit verstärkt. Mit dem Ausmaß der Rehabilitationsbedürftigkeit zugrundeliegenden Funktionseinschränkungen steigt wiederum das Ausmaß der Erschöpfung an, die sich wiederum im Sinne eines Circulus vitiosus auf die Bewältigung oder Anpassung an die Teilhabestörung auswirken dürfte. Es wird diskutiert, ob dem Grad der Erschöpfung möglicherweise auch eine Moderatorfunktion bei der Fähigkeit zukommt, das Rehabilitationsangebot gewinnbringend zu nutzen und in den Alltag umzusetzen. Ein Screening-Fragebogen eignet sich dazu, diese Schwierigkeiten des Antragstellers in die Klinik zu transportieren und für die Rehabilitation individuell nutzbar zu machen. In einer Längsschnittstudie soll der Einfluss des Erschöpfungsgrades auf die Rehabilitationsprognose weiter untersucht werden.

Literatur

- Gerdes, N., Weidemann, H., Jäckel, W.H. (Hrsg.) (2000): Die PROTOS-Studie. Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz. Steinkopff-Verlag, Darmstadt.
- Pollmann, H., Wild-Mittmann, B., Büchner, C., Pannen, H.D. (2003): Begutachtung von Rehabilitationsantragstellern: Zwischen subjektiver Bedürftigkeit, objektivem Bedarf und Erfolgsprognose. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation vom 8. – 10. 3. in Düsseldorf. DRV-Schriften, 52, 336-338.

Warum treten Versicherte ein bewilligtes medizinisches Heilverfahren nicht an?

Kobelt, A. (1), Wasmus, A. (1), Grosch, E.V. (1), Glatz, K.-H. (1), Gutenbrunner, C. (2)

(1) LVA Hannover, (2) Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Physikalische Medizin und Rehabilitation

Theoretischer Hintergrund

Die Rentenversicherungsträger stellen insbesondere seit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz eine Stagnation bei Anträgen auf medizinische Rehabilitation und den durchgeführten Maßnahmen fest. Bisher wurde insbesondere der Frage nachgegangen, welche Gründe Versicherte dazu bewegen, ein medizinisches Heilverfahren nicht zu beantragen (Bürger u. Morfeld, 1999). Übereinstimmend findet man in der Literatur vor allem familiäre, wirtschaftliche und arbeitsplatzbezogene Gründe, die einer Beantragung entgegenstehen (Bürger u. Morfeld, 1999; Hoffmann-Markwald u. Koch, 1994). Die Befürchtung, im Betrieb auszufallen, Kollegen im Stich zu lassen oder gar den Arbeitsplatz zu verlieren machen einen Großteil der Barrieren aus. Die vorliegende explorative Studie beschäftigt sich mit der nächsten Ebene und sucht nach Antworten auf die Frage, warum Versicherte eine zuvor bewilligte medizinische Rehabilitationsbehandlung nicht antreten.

Fragestellung

Wie unterscheiden sich die Versicherten, die eine medizinische Rehabilitationsleistung antreten, von denen, die ein bewilligtes Heilverfahren nicht antreten?

Lassen sich soziodemographische oder auch persönliche Kriterien finden (Prädiktoren), die den Nichtantritt der medizinischen Rehabilitationsleistung vorhersagen?

Welche Gründe geben Versicherte dafür an, ein bewilligtes Heilverfahren nicht anzutreten?

Wie unterscheiden sich Antreter und Nichtantreter einer bewilligten Rehabilitationsbehandlung im Katamnesezeitraum bezüglich der Veränderung ihrer Lebenssituation und ihres gesundheitlichen Befindens?

Methodik

Stichprobe: In die Studie gingen alle Versicherten der LVA Hannover ein, die im Zeitraum zwischen 6/2002 und 5/2003 einen Antrag auf medizinische Rehabilitation gestellt hatten ($n = 31271$). Zusätzlich wurden zwei Zufallsstichproben ($n = 150$) gezogen, die eindeutig der einen oder anderen Gruppe zugeordnet werden konnten. Diesen Versicherten wurde dann ein zweiseitiger (Nichtantreter) bzw. einseitiger (Antreter) Katamnesefragebogen zugeschickt (Rücklaufquote 72 %). Die statistische Auswertung erfolgte über χ^2 -, t - und U -Tests sowie Effektstärkenberechnung.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 6,8 % der bewilligten Heilbehandlungen nicht angetreten. Die Nichtantreter waren wesentlich jünger ($41 + 10$) als die Antreter ($46 + 10$; $ES=0,4$), häufiger arbeitslos ($ES=0,2$) und männlichen Geschlechts ($ES=0,2$). Eine große Gruppe der Nichtantreter hatte darüber hinaus eine Diagnose aus dem Suchtbereich ($ES=0,3$). Vorher gestellte Rentenanträge hatten keinen Einfluss. Als Hauptprädiktor ließ sich vor neben anderen eher unbedeutenderen Faktoren die Diagnose aus dem psychiatrisch/psychosomatischen Bereich isolie-

ren (OR = 4), wobei der Aufklärungsquotient sehr niedrig war (R² = 0,2). Es zeigte sich, dass die Gründe, die die Versicherten dazu bewegen, eine bereits bewilligte Maßnahme nicht anzutreten, mit denen, die rehadbedürftige Versicherte als Gründe für eine Nichtinanspruchnahme angeben in weiten Teilen übereinstimmen. So haben vor allem familiäre und beschwerdebezogene Gründe einen entscheidenden Einfluss auf die Entscheidung. Allerdings stellten die Sorgen um den Arbeitsplatz bzw. die betrieblichen Gründe zwar einen wichtigen Faktor dar, sind jedoch den familiären und beschwerde- bzw. maßnahmebezogenen Gründen nachgeordnet. Eine direkte Einflussnahme des Arbeitgebers ist dagegen nur in sehr geringem Maße anzunehmen. In der Veränderungsmessung des allgemeinen Gesundheitszustandes zeigten sich keine Unterschiede im Katamnesezeitraum zwischen den Antretern und Nichtantretern.

Diskussion

Die relativ niedrige Varianzaufklärung weist auf mehrere Schwierigkeiten dieser Untersuchung hin: Vermutlich gibt es nicht den Nichtantreter. Vielmehr ist zu vermuten, dass die Gründe für den Verzicht sehr breit verteilt sind. Immerhin stellen 840 (40,5 %) Versicherte, die zuvor eine Maßnahme nicht angetreten haben, einen neuen Antrag und treten dann auch die Rehabilitationsbehandlung an. Die Ergebnisse in der Literatur und unsere legen nahe, das Antrittsverhalten einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung in drei Stadien (Vorantragsphase, Nachantragsphase und Anfangsphase der Heilbehandlung) einzuteilen. Zusammen genommen stellen diese Phasen möglicherweise einen individuellen Entscheidungsprozess dar, der zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Antrags- und Rehabilitationsverfahrens die Auseinandersetzung mit der gleichen Grundunsicherheit (Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme, Antritt oder Nichtantritt, Abbruch oder Beendigung des Heilverfahrens) widerspiegelt.

Literatur

- Bürger, W., Morfeld, M.: Gibt es schichtspezifische Benachteiligungen bei der Inanspruchnahme von medizinischen Reha-Maßnahmen? *Rehabilitation* 38, Suppl. 2, 134-141.
- Hoffmann-Markwald, A., Koch, U. (1994): Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen aus Experten- und Versichertensicht. In: Müller-Fahrnow, W. (Hrsg.): *Medizinische Rehabilitation. Versorgungsstrukturen, Bedarf und Qualitätssicherung*. Weinheim, München; Juventa, 25-36.

Frühberentete ohne Rehabilitation: Diagnosegruppen, individuelle Erwerbsverläufe und Alter als geschlechtsspezifische Erklärungsgrößen?

Dreyer-Tümmel, A., Langer, G., Zimmermann, M., Behrens, J.

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Nach der Rentenzugangsstatisik 2000 haben 52.7 % der Frührentner und 47.9 % der Frührentnerinnen in den letzten 5 Jahren vor dem Rentenbeginn keine stationäre medizinische Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen. Kenntnisse über strukturelle Bedingungen, Gründe und Motive der Nicht-Inanspruchnahme wie auch über besonders durch rehabilitative Unterversorgung gefährdete Versichertengruppen sind bedeutsame Grundlagen für die

Erschließung von Optimierungsreserven im Zugang zur medizinischen Rehabilitation. Hier setzt das Projekt "Frühberentete ohne Rehabilitation" des Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt/Mecklenburg-Vorpommern an. Ziel des Projekts ist es, Prädiktoren, Motive und Gründe der Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation in den Jahren vor der Frühberentung zu ermitteln und zu Merkmalen der Versicherten und ihrer Erwerbsverläufe in Beziehung zu setzen, um auf diese Weise gruppenspezifische Zugangshindernisse zu erkennen. Empfehlungen zur Verbesserung des Reha-Zugangs können auf dieser Grundlage gezielt, d.h. unter Bezug auf bestimmte Personengruppen und Bedingungskonstellationen im Erwerbsverlauf, erfolgen. Die Untersuchung des Projekts gliedert sich in

1. eine vergleichende Analyse der Erwerbsverläufe von Früh- und Altersberenteten mit bzw. ohne medizinische Rehabilitation auf der Grundlage der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) für Rentenzugänge 2000 der LVA Sachsen-Anhalt (n = 18.649) sowie - vergleichend - der BfA und anderer Landesversicherungsanstalten

eine retrospektive schriftliche Befragung von Teilstichproben der Frühberenteten mit und ohne sowie der Altersberenteten mit Rehabilitation der LVA Sachsen-Anhalt (n = 2.118) zu den Motiven und Gründen der (Nicht-)Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation.

Bivariate geschlechtsspezifische Analysen auf der Grundlage der RSD-Daten der LVA Sachsen-Anhalt haben gezeigt, dass sich in folgenden Gruppen überproportional viele Frührentenzugänge befinden, die in den letzten 5 Jahren vor dem Rentenzugang nicht an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben:

- Männer und Frauen, die wegen psychischer und Verhaltensstörungen, sowie Männer, die wegen Krankheiten des Auges, des Verdauungssystems, des Urogenitalsystems oder wegen Verletzungen u.ä. frühberentet wurden
- jüngere (unter 45 Jahre) wie auch ältere Frührentenzugänge (Männer ab 59, Frauen ab 57 Jahre)
- Versicherte, für deren Frühberentung die Arbeitsmarktlage ohne Bedeutung war
- Versicherte mit geringeren Rentenbeträgen
- Männer und Frauen mit umfangreicheren Beitragszeiten aufgrund eines AFG-Leistungsbezugs in den letzten Jahren vor dem Rentenzugang
- Männer und Frauen mit kürzeren Beschäftigungszeiten, aber auch mit (nahezu) kontinuierlicher sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung vor dem Rentenzugang.

Überproportional viele Frührentenzugänge mit Rehabilitation befinden sich demgegenüber unter den Männern und Frauen, die wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, sowie unter den Männern, die wegen Krankheiten des Kreislaufsystems, und unter den Frauen, die wegen Neubildungen frühberentet wurden. Diese Befunde auf der Grundlage bivariater Verteilungen sollen im Rahmen multivariater Logit-Analysen geschlechtsspezifisch überprüft werden. Sollten sich längerfristig Arbeitslose dabei tatsächlich als eine durch rehabilitative Unterversorgung besonders gefährdete Versichertengruppe herausstellen, würden Empfehlungen zur Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation, die Arbeitslose sowie ihre Motive und Gründe der Nicht-Inanspruchnahme gezielt in den Blick nehmen - wie z.B. eine Intensivierung der Kooperation mit den Servicestellen der Bundesagentur für Arbeit, um eine frühzeitige Ansprache rehabilitationsbedürftiger Arbeitsloser zu gewährleisten - , besondere Bedeutung erlangen.

Literatur

- Behrens, J., Dreyer-Tümmel, A. (1995): Ermittlung von Indikatoren der Rehabilitationsbedürftigkeit aus Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Daten). Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Anregung von Maßnahmen zur Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung, 413-443.
- Dreyer-Tümmel, A., Langer, G., Zimmermann, M., Behrens, J. (2004): Frühberentete ohne Rehabilitation: Arbeitslosigkeit und unstetige Erwerbsverläufe als Erklärungsgrößen? In: DRV-Schriften, Bd.52, 321-322.
- Koch, U., Barth, M., Hoffmann-Markwald, A., Wittmann, W.W. (1990): Das Antragsverhalten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation. Synopse und Ergebnisse der Versichertenbefragung (Projektphase B). Psychologisches Institut der Universität Freiburg, Abt. Rehabilitationspsychologie.
- Zimmermann, M., Glaser-Möller, N., Deck, R., Raspe, H. (1999): Subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit, Antragsintention und Antragstellung auf medizinische Rehabilitation - Ergebnisse einer Befragung von LVA-Versicherten. In: Die Rehabilitation, 38 (Suppl.II), 122-127.

Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 51 SGB V - Arbeitsunfähigkeit vor und nach der medizinischen Rehabilitation

Kulick, B., Enge, D.

Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz

Hintergrund

Die frühzeitige Einleitung von medizinischen Rehabilitationsleistungen ist ein wichtiges Ziel der Zweit- und Drittprävention bei chronischen Erkrankungen. In verschiedenen Studien (Döring et al., 1996; Irle et al., 1998) konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und einer Berentung wegen Erwerbsminderung nachgewiesen werden. In einer Untersuchung von Küpper-Nybelen et al. (2003) war die Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation die bedeutungsvollste Variable im Hinblick auf eine Frühberentung. Ähnlich zeigte sich in einer Untersuchung zum Erfolg medizinischer Rehabilitation bei Rentenantragstellern die Arbeitsunfähigkeitsdauer in den letzten 12 Monaten vor Rehabilitationsbeginn als wesentlicher Prädiktor für eine Rentengewährung zwei Jahre nach Rehabilitationsende (Kulick et al., 2003). Unter der Annahme, dass durch möglichst frühzeitige Einleitung von medizinischen Rehabilitationsleistungen bei arbeitsunfähigen Versicherten die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt und damit das Berentungsrisiko positiv beeinflusst werden kann, hat die LVA Rheinland-Pfalz mit den Krankenkassenverbänden in Rheinland-Pfalz ein Schnelleinweisungsverfahren bei arbeitsunfähigen Versicherten und Fällen nach § 51 SGB V vereinbart. Es wurde der Frage nachgegangen, ob die medizinische Rehabilitation im Rahmen dieses Schnelleinweisungsverfahrens auch tatsächlich zur Aufhebung der Arbeitsunfähigkeit führt.

Methodik

Es wurden die Entlassungsberichte von insgesamt 13.140 Leistungen der LVA Rheinland-Pfalz zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI im Jahre 2003 ausgewertet. Ana-

lysiert wurden die Verfahrensarten, die Bewilligungsdiagnosen, der Erwerbsstatus vor der Rehabilitation, die Arbeitsunfähigkeit vor und am Ende der Rehabilitationsleistung sowie die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Für eine Teilstichprobe erfolgt ein Abgleich der Angaben zur Arbeitsunfähigkeit mit Daten der AOK Rheinland-Pfalz.

Ergebnisse

Über 80 % der Versicherten, die im Untersuchungszeitraum eine medizinische Rehabilitationsleistung auf der Grundlage des § 51 SGB V absolviert haben, waren in den letzten 12 Monaten vor Leistungsbeginn mindestens drei Monate arbeitsunfähig, 50 % der Versicherten sogar mindestens sechs Monate. 2/3 der durch die Krankenkasse aufgeforderten Rehabilitanden wurden auch wieder arbeitsunfähig nach rehabilitationsärztlichem Urteil aus der Rehabilitation entlassen. Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung hinsichtlich der letzten Tätigkeit wie auch hinsichtlich einer anderen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt war deutlich günstiger. 84,9 % der Versicherten wurden mit einem vollschichtigen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen. Die Daten der Krankenversicherung geben Aufschluss darüber, ob die Arbeitsunfähigkeit nach Entlassung aus der Rehabilitation weiterbestand.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse werfen die Frage nach dem Erfolg des Schnelleinweisungsverfahrens nach § 51 SGB V in der jetzt praktizierten Form und nach Optimierungsmöglichkeiten auf. An erster Stelle stehen bei der Weiterentwicklung Maßnahmen zur Frühintervention, zur Entwicklung spezifischer indikativer Behandlungsangebote in den Rehabilitationseinrichtungen für diese schwerer beeinträchtigten Patienten und nicht zuletzt eine Intensivierung von Nachsorge und beruflichem Wiedereingliederungsmanagement. Die Vermeidung längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ist und bleibt damit ein wichtiges Ziel der Akutversorgung und Rehabilitation zur Prävention von chronischen Krankheitsverläufen und Frühberentung.

Literatur

- Döring, H., Haase, J., Hofmann, W., Schwartz, F.W. (1996): Das Risiko auf Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsberentung - Längsschnittanalyse von Krankenkassendaten. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 31, 518-523.
- Irlé, H., Klosterhuis, H., Grünbeck, P. (1998): Sozialmedizinische Prognose nach stationärer medizinischer Rehabilitation in der Angestelltenversicherung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 42, 51-60.
- Küpper-Nybelen, J., Rothenbacher, D., Jacobi, E., Brenner, H. (2003): Die prognostische Bedeutung von Variablen aus dem Qualitätssicherungsprogramm und dem Reha-Entlassungsbericht der LVA Baden-Württemberg für die Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit: Ergebnisse einer retrospektiven Kohortenstudie. *Die Rehabilitation*, 42, 335-342.
- Kulick, B., Enge, D., Florian, L. (2003): Evaluation der Rehabilitation bei Rentenantragstellern - schrittweise Umsetzung der Ergebnisse eines Forschungsprojektes im Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“.

Einflüsse soziodemographischer Variablen auf vorzeitige Berentung

Kaluscha, R., Leitner, A., Jacobi, E.

Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm

Einleitung

Im Rahmen des Projektes „Reha-Net“ übermittelte die Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg im Juli 2004 zu 82.722 Reha-Maßnahmen anonymisierte follow-up-Daten in die Datenbank des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Ulm, das sogenannte Patientenkonto (Kaluscha, Jacobi, 2000). Diese Daten beinhalten u.a. Angaben zur Nationalität, zu Rentenansprüchen und Arbeitsunfähigkeitszeiten der Rehabilitanden vor und nach der Reha-Maßnahme. Anhand dieses Datenbestandes soll in dieser Untersuchung geprüft werden, ob die Reha-Initiative oder soziodemographische Variablen wie Familienstand, Kinderzahl oder Herkunftsland einen Einfluss auf eine vorzeitige Berentung haben.

Stichprobe „M“

Um für erste Auswertungen eine möglichst homogene Datenbasis zu erhalten, wurde eine Stichprobe „M“ mit folgenden Einschlusskriterien definiert (N = 19.376):

- ICD10-Code der Hauptdiagnose beginnt mit „M“ (Bereich Bewegungsapparat)
- Heilverfahren, d.h. keine Anschlussheilbehandlungen
- Mindestens 1 Jahr Nachbeobachtungsdauer seit Reha-Ende und Diagnosecodierung nach ICD10 (Zeitraum 01 / 2000 – 06 / 2003)
- Alter zwischen 20 und 80 Jahren
- Reha-Dauer zwischen 14 und 42 Tagen

In dieser Stichprobe finden sich 746 (3,85 %) vorzeitige Berentungen, d.h. Bezieher einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente.

Computerlinguistisch ermittelte Variablen

Neben der Reha-Initiative (Kaluscha et al., 2003) wurde aus dem Freitext computerlinguistisch das Herkunftsland, der Familienstand und Angaben zu Kindern extrahiert. Das Herkunftsland ist nicht immer mit der Nationalität identisch (z.B. bei Spätaussiedlern) und aufgrund der politischen Veränderungen - gerade in Osteuropa - nicht immer eindeutig festzulegen. So findet sich etwa die Angabe „Jugoslawien“, das wie auch die ehemalige UdSSR in mehrere Staaten zerfallen ist. Die computerlinguistisch ermittelten Variablen wurden dabei binär kodiert: Wenn sich im Freitext Hinweise auf einen Sachverhalt (z.B. Herkunftsland Italien) fanden, wurde die zugehörige Variable mit „ja“ kodiert, sonst mit „nein“. Nach Hinweisen auf folgende Sachverhalte wurde dabei gesucht:

- fremdbestimmte Einleitung der Reha-Maßnahme (§ 51 SGB V): ja / nein

- Herkunftsländer: die 40 häufigsten Nationalitäten der LVA-Versicherten (ohne Deutschland, das i.d.R. nicht explizit erwähnt wird): Italien, Türkei, Jugoslawien, Griechenland, ... , jeweils ja / nein
- Familienstand: ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden, getrennt, feste Partnerschaft („wilde Ehe“), jeweils ja / nein
- Kinder: ja / nein

Methoden

Binäre Zielgröße war die vorzeitige Berentung. Mittels Chi-Quadrat-Test wurde für jede Variable einzeln geprüft, ob die fremdbestimmte Einleitung der Reha-Massnahme (§ 51 SGB V), die Herkunft aus bestimmten Ländern, ein bestimmter Familienstand oder Kinder einen Einfluss haben und ggfs. nach Mantel-Haenszel das relative Risiko einer Frühberentung bestimmt.

Ergebnisse

Signifikante Abweichungen nach oben ergaben sich für § 51-Fälle und bei Erwähnung von Kindern, während der Frührentneranteil für die Herkunftsländer Polen, Kasachstan und Italien unterdurchschnittlich war. Alle anderen Variablen hatten keinen signifikanten Einfluss (Chi-Quadrat $p > 0,05$).

Variable	Anteil Frührentner	Chi-Quadrat	Relatives Risiko	95 %-CI untere Grenze	95 %-CI obere Grenze
Polen	0,91%	$p < 0,0062$	0,0775	0,2397	0,7409
Kasachstan	1,73%	$p < 0,0383$	0,4446	0,2005	0,9859
Italien	2,19%	$p < 0,0325$	0,5608	0,3261	0,9645
Kinder	4,04%	$p < 0,0363$	1,1837	1,0104	1,3868
§51	9,32%	$p < 0,0001$	2,7337	2,2823	3,2744

Abb. 1: Frührentneranteile und relative Risiken für die signifikanten Subgruppen

Auch bei ersten multifaktoriellen Analysen mit logistischen Regressionsmodellen, die Alter und Geschlecht berücksichtigen, blieben diese Variablen im Modell.

Schlussfolgerungen

Die erwähnten soziodemographischen Variablen sowie die Reha-Initiative scheinen neben anderen aus der Literatur bekannten Variablen (Ebinger et al., 2002, Küpper-Nybelen et al., 2003) für die Vorhersage einer vorzeitigen Berentung eine Rolle zu spielen. Diese Informationen werden daher in weitere detailliertere multifaktorielle Analysen einfließen, die derzeit im Projekt „Prognosemodelle“ der Abteilung Medizinische Dokumentation und Biometrie entwickelt werden.

Literatur

- Ebinger, M., Muche, R., Osthus, H., Schulte, R.M., Gaus, W., Jacobi, E. (2002): Vorhersage der Erwerbsfähigkeit ein bis zwei Jahre nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung bei Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates. *Z. f. Gesundheitswiss.* 10; 229 – 241.
- Kaluscha, R., Jacobi, E. (2000): Eine Datenbank zur Effektivitätsbeurteilung: Das Datenkonzept des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Ulm. *DRV-Schriften* 20; 218-219.
- Kaluscha, R., Jacobi, E., Osthus, H. (2003): Computerlinguistische Ermittlung der Reha-Initiative: Unterscheiden sich § 51-Patienten von anderen? *DRV-Schriften* 40; 103-104.
- Küpper-Nybelen, J., Rothenbacher, D., Jacobi, E., Brenner, H. (2003): Die prognostische Bedeutung von Variablen aus dem Qualitätssicherungsprogramm und dem Reha-Entlassungsbericht der LVA Baden-Württemberg für die Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit: Ergebnisse einer retrospektiven Kohortenstudie. *Die Rehabilitation* 42; 335-342.

Ein Vergleich der Einstellungen zur Rehabilitation von Akutärzten in Orthopädie und Kardiologie

Grande, G. (1), Romppel, M. (2)

(1) HTWK Leipzig, (2) Universität Bielefeld

Hintergrund

Die unzureichende Verschränkung von Akutmedizin und Rehabilitation wird in Deutschland immer wieder als Problem diskutiert (Grande und Badura, 2001). Auswirkungen zeigen sich auch in der mangelhaften Kommunikation und Vernetzung zwischen Anbietern beider Leistungssektoren (Staender und Bergner, 1996). Als eine Ursache werden negative Einstellungen von Akutmedizinern gegenüber der Rehabilitation vermutet (Bethell, 2000). In Deutschland fanden sich unter Hausärzten sehr divergente Einstellungen zum Nutzen einzelner Rehabilitationsleistungen (van den Bussche und Dunkelberg, 2003) und eine eher positive Haltung zur Rehabilitation nach Herzinfarkt bei Krankenhausärzten (Vogel et al., 1997). Über andere Indikationsbereiche ist wenig bekannt. Am Beispiel von Orthopädie und Kardiologie sollten deshalb vergleichend Einstellungen zur Rehabilitation unter niedergelassenen Fachärzten und Krankenhausärzten im Akutsektor in Deutschland untersucht werden.

Methodik

In einem im Rahmen des NRW-Forschungsverbundes Rehabilitation geförderten Projekt wurden mittels qualitativer Interviews und einer Fragebogenstudie verschiedene Gruppen von Akteuren, die an Entscheidungen über die Zuweisung zur Rehabilitation beteiligt sind, zu ihren Rehabilitationskonzepten befragt. Die hier berichteten Ergebnisse beruhen auf 20 Experteninterviews (10 Kardiologie, 10 Orthopädie) sowie 194 Arztfragebögen (89 Akutkardiologie, 105 Orthopädie).

Ergebnisse

Niedergelassene und Krankenhausärzte hatten überwiegend eine positive Einstellung zur Rehabilitation. In einem globalen Rating (0=bringt nichts, 10=sehr sinnvoll) wurde die Rehabilitation von Ärzten im Mittel mit 8,21 bewertet. Sozialdienstmitarbeiter und Patienten schätzten die Rehabilitation jedoch signifikant sinnvoller ein ($M=9.12$ bzw. 9.32 , $p<.001$). Kardiologische und orthopädische Akutärzte unterschieden sich nicht, und vorhandene berufliche Rehabilitationserfahrung hatte keinen Einfluss auf das globale Urteil. Allerdings spielte unter orthopädischen Ärzten der Versorgungssektor eine Rolle: Klinikärzte gaben eine deutlich positivere Einstellung zur Rehabilitation an als niedergelassene Orthopäden ($M=8.49$ bzw. $M=7.38$, $p<.01$). Zwischen der Position in der ärztlichen Hierarchie und der Einstellung zur Rehabilitation fand sich ein linearer Zusammenhang, Chefärzte bewerteten Rehabilitation am wenigsten sinnvoll ($F=5.14$, $p<.001$). In den Interviews zeigte sich, dass befragte Kardiologen den Sinn der Rehabilitation vor allem aus Defiziten in der Akutversorgung ableiteten (zeitlich, personell, spezifische Ausstattung und Qualifikation), während Or-

thopäden Rehabilitation eher als ultima ratio ansahen, wenn Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft sind oder nach einer Operation eine weitere intensive Versorgung notwendig sei. Deutlich wurde für beide Indikationsbereiche, dass die in der Rehabilitation tätigen ärztlichen Kollegen ein geringeres Ansehen genießen als die Akutmediziner.

Diskussion

Ärzte im Akutsektor hatten wenig konkrete Informationen über Organisation, Leistungsangebote und Einrichtungen der Rehabilitation. Verallgemeinernd kann die Haltung der Akutärzte als wohlwollend skeptisch beschrieben werden. Grundsätzlich schreiben die Akutmediziner der Rehabilitation einen Nutzen für die Patienten zu, allerdings scheint die Attraktivität des Arbeitsfeldes Rehabilitation aus ihrer Perspektive eher gering, was zum geringen Interesse der Akutmediziner an weiteren Informationen zur Rehabilitation oder an einer engeren Kooperation beitragen könnte. Hier scheinen Veränderungen nur langfristig vorstellbar.

Literatur

- Bethell, H. (2000): Cardiac Rehabilitation: From Hellerstein to the millennium. *The International Journal of Clinical Practice*, 54, 92-97.
- Grande, G., Badura, B. (2001): Die Rehabilitation der KHK aus gesundheitssystemanalytischer Perspektive. Frankfurt a.M.: VAS.
- Staender, J., Bergner, E. (1996): Herzchirurgie und kardiologische Rehabilitation: Bedingungen und Folgen einer interorganisatorischen Vernetzung. In: T. Schott, B. Badura, H.J. Schwager, P. Wolf, P. Wolters (Hrsg.), *Neue Wege in der Rehabilitation* (100-119). Weinheim: Juventa.
- van den Bussche, H., Dunkelberg, S. (2004): Bedarf und Nutzen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus hausärztlicher Sicht. *Die Rehabilitation* 43: 33-41.
- Vogel, H., Faller, H., Zimmermann, R., Holderied, A. (1997): Ärztliche Einstellung zu Anschlussheilbehandlungen bei Herzinfarktpatienten: Eine empirische Untersuchung in Krankenhäusern Unterfrankens. *Prävention und Rehabilitation*, 9 (4), 139-146.

Kriterien des Rehabilitationsbedarfs: Ergebnisse zur sozialmedizinischen Begutachtung nach Aktenlage

Meng, K. (1), Zdrahal-Urbánek, J. (1), Holderied, A. (2), Vogel, H. (1)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, (2) Ärztlicher Dienst der LVA Unterfranken

Hintergrund und Ziele

In der Rentenversicherung sind eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit und eine voraussichtliche Möglichkeit, diese günstig zu beeinflussen, zwei notwendige Bedingungen für einen Rehabilitationsbedarf (§ 10 SGB VI). Im Antragsverfahren sind die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und die positive Erfolgsprognose zu prüfen. Es ist eine zusammenfassende Bewertung aller wesentlichen sozialmedizinischen Faktoren, wie z.B. Funktionseinschränkungen, Fähigkeitsstörungen, Risikokonstellationen, Kombination von Gesundheitsstörungen bzw. Multimorbidität, Arbeitsunfähigkeits-tendenzen, bisherige Therapie, Erfordernis der Kooperation mehrerer Therapieformen, hoher Schulungsbedarf und Probleme bei der Krankheitsbewältigung erforderlich (Buschmann-

Steinhage, 2003; VDR, 2001). Zur Relevanz einzelner Bedarfskriterien für die sozialmedizinische Begutachtung, insbesondere bei Entscheidungen nach Aktenlage, liegen nur wenige Befunde vor. Zur Objektivierung des sozialmedizinischen Entscheidungsprozesses ist eine weitere Spezifizierung der zugrunde liegenden Beurteilungskriterien anzustreben. Im Forschungsprojekt „Operationalisierung und Erprobung der (Haupt)Kriterien zur Begutachtung des Reha-Bedarfs der Rentenversicherung in Form eines Entscheidungsalgorithmus“⁷ werden Reha-Bedarfskriterien für orthopädische Erkrankungen praxisorientiert definiert und in der sozialmedizinischen Begutachtung evaluiert.

Methodik

In zwei Delphi-Expertenbefragungen (Zdrahal-Urbanek et al., 2004) wurden die Relevanz und Beurteilbarkeit der einzelnen Kriterien des Reha-Bedarfs sowie eine praxisorientierte Operationalisierung ermittelt. Auf Basis der Ergebnisse wurde ein Entscheidungsalgorithmus gebildet, der in einem kontrollierten, prospektiven und längsschnittlichen Design in der sozialmedizinischen Begutachtung der 5 bayerischen LVA'en evaluiert wird. Die gängige diagnostische Entscheidungsprozedur wird der Entscheidungsfindung mit begleitender Bearbeitung des Algorithmus gegenübergestellt und mit Verlaufsdaten (Klinikarzteinschätzung, Selbstbeurteilung, objektive Versichertendaten) verglichen. Untersucht werden Zeitstichproben von Antragstellern mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10: M15-M25, M40-M43, M47-M54).

Ergebnisse

In den Delphi-Expertenbefragungen wurden 13 von 20 Bedarfskriterien als relevant für die Reha-Empfehlungen eingeschätzt und folgendermaßen gereiht: Funktionseinschränkung, Erfolgsprognose, Schmerzen, Reha-Fähigkeit, Prognose der Leistungsfähigkeit am Arbeitsmarkt, Bewertung bisheriger Maßnahmen, Berufliche Belastung, Reha- u. Änderungsmotivation, Arbeitsunfähigkeitstage, Schulungsbedarf und Bedarf an gesundheitsbildenden Maßnahmen, Risikofaktoren, Psychische Belastung, Soziale Belastung. Aus Sicht der Prüfarzte muss eine eingeschränkte Beurteilbarkeit einzelner Kriterien angenommen werden. In der praktischen Erprobung des Entscheidungsalgorithmus in den LVA'en (n=279) bestätigt sich die eingeschränkte Beurteilbarkeit einzelner Bedarfskriterien nach Aktenlage. Der Anteil der als nicht beurteilbar angegebenen Antragsteller pro Kriterium variiert zwischen 8 % (Leistungsfähigkeit am Arbeitsmarkt) und 65 % (Soziale Belastung). Durchschnittlich können 8,7 Kriterien (SD=2,4; Min=2, Max=13) eingeschätzt werden, wobei ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Reha-Empfehlungen (Positiv/Negativ/Untersuchungsbegutachtung erforderlich) vorliegt. Vergleichsweise können mittels Untersuchungsbegutachtung (n=13) durchschnittlich 11,4 Kriterien eingeschätzt werden. Die Bedarfskriterien weisen teilweise signifikante Zusammenhänge mit den Reha-Empfehlungen nach Aktenlage auf. Mittels Diskriminanzanalyse können für eine Teilstichprobe rund 90 % der Reha-Empfehlungen, 92 % der positiven und 67 % der negativen, korrekt klassifiziert werden. In der Kreuzvalidierung besteht eine Stabilität der Klassifikationsgüte (87 %).

⁷ Forschungsprojekt C5 des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Bayern im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften.

Diskussion und Schlussfolgerungen

In einer ersten Analyse kann ein Zusammenhang zwischen einzelnen Bedarfskriterien und den Reha-Empfehlungen der Sozialmediziner ermittelt werden. Für eine praktische Umsetzung ist die eingeschränkte Informationsbasis in der prüfärztlichen Aktenbeurteilung zu berücksichtigen. Folglich ist von einer Konzeption des resultierenden Entscheidungsalgorithmus als globale Beurteilungsskala abzusehen. Alternativ sollten auf Basis der weiteren empirischen Validierung der Kriterien anhand der Verlaufsdaten notwendige und hinreichende Kriterien für die Begutachtung definiert und in flexible Entscheidungsabläufe zur Unterstützung des Beurteilungsprozesses umgesetzt werden.

Literatur

- Buschmann-Steinhage, R. (2003): Rehabilitationsbedarf aus der Sicht der Rentenversicherung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 16, 253-258.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2001): Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung. VDR. Internet: www.vdr.de.
- Zdrahal-Urbánek, J., Meng, K., Holderied, A., Vogel, H. (2004): Der Status-quo der Erhebung der Kriterien des Reha-Bedarfs im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung: Eine Dokumentation einer deutschsprachigen Delphi-Expertenbefragung. In: VDR (Hrsg.), 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium "Selbstkompetenz – Wege und Ziele der Rehabilitation" vom 8. bis 10. März 2004 in Düsseldorf. DRV-Schriften, Band 52, 158-159.

Bedeutung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und der ICF für die Pharmakotherapie

Franke, W.

Reha-Zentrum der BfA, Bad Kissingen

Die medizinische Rehabilitation chronischer psychischer und psychosomatischer Störungen ist notwendigerweise langfristig orientiert. Diese Perspektive einer Langzeitbehandlung schließt eine häufig jahre- und jahrzehntelange Therapie mit Psychopharmaka ein. Deren Effekte haben auch für die spezifische rehabilitative Aufgabe der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung eine wesentliche Bedeutung. Bei einer pharmakologischen Langzeittherapie sind aber auch nicht nur die strukturell-organischen und die funktionalen Defizite, sondern die gesamten persönlichen und sozialen Kontextfaktoren eines chronisch kranken Menschen einschließlich seiner Möglichkeiten zur Teilhabe an allen relevanten Lebensbereichen zu berücksichtigen. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) der Weltgesundheitsorganisation bietet dabei eine unverzichtbare Orientierungsmöglichkeit. Die wesentliche Neuerung der ICF liegt im Begriff der Teilhabe. Hiermit wird für die Behandlung chronisch kranker und behinderter Menschen ein Aktivitätskonzept propagiert, das das aktive Handeln eines autonomen, an allen Lebenssituationen und Lebensbereichen partizipierenden Individuums in den Mittelpunkt stellt. Auch in die deutsche Sozialgesetzgebung und die Rehabilitationskonzepte der Deutschen Rentenversicherung haben wesentliche Aspekte der ICF Eingang gefunden. Eine langfristige Behandlung mit Psychopharmaka

bedingt gegenüber einer akutmedizinischen Medikation eine differenzielle Indikation und kann gestörte körperliche und mentale Funktionen wie auch organisch-strukturelle Defizite kompensieren. Unter dem Aspekt des ICF-Verständnisses von Aktivitäten und Teilhabe ist das langfristige Profil der spezifischen Wirkungen und Nebenwirkungen der eingesetzten Präparate an die individuellen persönlichen wie beruflichen Verhältnisse des Patienten anzupassen. Dies verlangt eine sehr eingehende Abstimmung mit den Betroffenen und ggf. auch mit ihren Familien, letzteres besonders bedeutungsvoll bei der wichtigen Bevölkerungsgruppe der Migranten. Dabei müssen auch Umwelt-Faktoren wie die soziale Akzeptanz von Psychopharmaka in den unterschiedlichen sozialen Milieus oder die Verfügbarkeit und Finanzierbarkeit der Medikamente und der sozialen Leistungsangebote erwogen werden. Das international akzeptierte Instrumentarium der ICF bietet eine praktikable Grundlage zur Entwicklung eines verbesserten Rehabilitationsmanagements nicht nur bei der Therapie mit Psychopharmaka. Die Pharmakotherapie im Rahmen der Rehabilitation im Auftrag gesetzlicher Sozialleistungsträger verlangt wegen deren Aufgabe zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht eine spezifische sozialmedizinische Kompetenz. So muss in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung die ärztliche Stellungnahme zur Pharmakotherapie integraler Bestandteil der sozialmedizinischen Beurteilung sein: Eine fehlende oder inadäquate Medikation kann z.B. zu einer Beeinträchtigung des zeitlichen Leistungsvermögens und zu einer Berentung wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung führen. Die Bestimmungen der §§ 60 bis 67 des ersten Sozialgesetzbuches (SGB I) implizieren eine Mitwirkungspflicht bei der psychopharmakologischen Rehabilitation. § 65 SGB I Absatz 1 schließt eine Mitwirkungspflicht der Versicherten aus, wenn dies „aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.“ Eine längere psychopharmakologische Behandlung kann zwar bei einer älteren, multimorbiden Klientel und oder in spezifischen Problemkonstellationen mit einem gewissen Risiko gesundheitlicher Schäden verbunden sein. Dies ändert aber nichts daran, dass psychopharmakologische Behandlungen grundsätzlich duldungspflichtig sind.

Literatur

- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (<http://www.dimdi.de>).
- Foerster, K., Leonhard, M. (2003): Editorial zum Schwerpunktheft Psychotraumatologie. Med.Sach., 136.
- Foerster, K. (2004): Begutachtung bei sozial- und versicherungsmedizinischen Fragen. In: Venzlaff, U., Foerster, K. (Hrsg.) Psychiatrische Begutachtung. München; Jena: Urban und Fischer, 4. Auflage.
- Hüller, E. (2003): Die sozialmedizinische Begutachtung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Springer, Berlin, Heidelberg, 6. Auflage.
- Schneider, M. (2003): Rechtliche Rahmenbedingungen der Begutachtung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Springer, Berlin, Heidelberg, 6. Auflage.
- Schuhknecht, P. (2002): Verminderte Erwerbsfähigkeit-Hinweise zur Praxis der Begutachtung. Med.Sach., 80.
- Schuntermann, M.F. (2003): Die Bedeutung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für die Rehabilitation. Med.Sach., 94-97.

- Schuntermann, M.F. (2003): Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Deutsche Rentenversicherung 1-2, 52-58.
- World Health Organisation (WHO), 1980: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). WHO Publication, Geneva. Deutschsprachige Fassung (1995): Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH), Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden.
- World Health Organisation (WHO) (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO Publication, Geneva. <http://www.who.int/classification>.

Erfassung der Reintegrationsprognose im psychiatrischen Rentengutachten

Hesse, B., Gebauer, E.

Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Sozialmedizin Münster

Hintergrund

Aufgabe der sozialmedizinischen Beurteilung im Rentenverfahren ist neben der Bestimmung des qualitativen und quantitativen Leistungsbildes die Beantwortung der Frage nach der weiteren Prognose. Die Bewertung der Prognose birgt große Unsicherheiten, da es bisher kaum empirische Evidenz dafür gibt, welche Faktoren die weitere Prognose günstig oder ungünstig beeinflussen. Vor diesem Hintergrund wurde eine Indikatorenliste zur Bestimmung der Reintegrationsprognose entwickelt. Sie orientiert sich an dem Krankheitsfolgenmodell der WHO (ICF) und ist in ihrem Aufbau diagnosenunabhängig. Die Indikatorenliste stellt einen Beitrag zu mehr Standardisierung und Transparenz im Begutachtungsprozess dar.

Entwicklung/Methodik

Aufgrund der geringen empirischen Basis wurde ein expertenbasiertes Konsensusverfahren gewählt, das in 5 Schritten zur Instrumentenentwicklung führte: 1) Explorative Expertenbefragung; 2) Entwicklung eines Entwurfs in Kleingruppenarbeit; 3) Schriftliche Konsensusrunde; 4) Praxisphase; 5) Abschließende Konsensuskonferenz. Beteiligte Experten waren angestellte und psychiatrische Gutachter der Rentenversicherung, psychiatrische Fachärzte und Psychologen aus Reha-Einrichtungen.

Struktur der Indikatorenliste

Die Indikatorenliste liegt als Manual vor. Dort werden 10 Indikatoren nach einem einheitlichen Schema beschrieben: Definition, Prognoserelevanz, Bewertungsaspekte, Informationsquellen, therapeutische bzw. rehabilitative Interventionsmöglichkeiten und Bewertungsstufen. Für jeden Indikator sind 5 Bewertungsstufen definiert. Die Indikatoren sind 3 Gruppen zugeordnet:

1. psychisches, soziales und körperliches Funktionsvermögen
 - psychisches Funktionsvermögen
 - Tagesstrukturierung/Selbstversorgung
 - soziales Funktionsvermögen

- körperliches Funktionsvermögen
- 2. Behandlungs- und Krankheitsverlauf
 - Krankheitsverlauf
 - Behandlungsperspektive
- 3. Ressourcen
 - Lern- und Erwerbsbiographie
 - Reintegrationsmotivation
 - Bewältigungskompetenz
 - Fördernde und hemmende Kontextfaktoren

Die Bewertungen werden in einem Bewertungsprofil protokolliert und in der Gesamtprognose zusammengeführt. Für jeden Indikator können auf dem Bewertungsbogen außerdem notwendige therapeutische/rehabilitative Maßnahmen festgehalten werden.

Ergebnisse der Praxisphase

In der Praxisphase wurde das Bewertungsprofil von 6 psychiatrischen Gutachtern bei insgesamt 215 Gutachten ausgefüllt. Diese Gutachter waren in verschiedenen Phasen in die Entwicklung des Manuals eingebunden und somit vertraut mit den Indikatoren. In 99 % der Fälle wurde eine Bearbeitungszeit von bis zu 10 Minuten angegeben (31 % < 10 min, 68 % = 10 min). Eine Faktorenanalyse der 10 Indikatoren bot als beste Lösung eine 4-Faktorenstruktur, die 74 % der Varianz aufklärt. Die Faktoren bilden die 3 Indikatorengruppen ab, lediglich der Indikator „körperliches Funktionsvermögen“ bildet einen zusätzlichen vierten Faktor. Die Berechnung der Interrater-Reliabilität (Intraklassen-Korrelations-Koeffizient) erfolgte anhand von 20 Gutachten, die von 5 Gutachtern mit der Indikatorenliste beurteilt wurden. Zum aktuellen Zeitpunkt liegen die Urteile von 4 Gutachtern vor. Die Reliabilitäten schwanken je nach Indikator stark. Günstig ist die Interrater-Reliabilität für das psychische Funktionsvermögen mit .74. Sehr schlecht ist sie für das körperliche Funktionsvermögen mit .03. Für die Gesamtprognose beträgt sie .72.

Tab. 2: Interrater-Reliabilität pro Indikator bei 20 Gutachten und 4 Ratern: Interklassen-Korrelations-Koeffizient für absolute Übereinstimmung (ICC unjust)

Indikatoren	ICC _{unjust}
psychisches Funktionsvermögen	.74
Tagesstrukturierung /Selbstversorgung	.58
soziales Funktionsvermögen	.51
körperliches Funktionsvermögen	.03
Krankheitsverlauf	.61
Behandlungsperspektive	.44
Lern- und Erwerbsbiographie	.66
Reintegrationsmotivation	.52
Bewältigungskompetenz	.37
Fördernde und hemmende Kontextfaktoren	.51
Gesamtprognose	.72

Die Interrater-Reliabilität ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht befriedigend. Es wird deutlich, dass die Gutachter trotz der Operationalisierung der Indikatoren zu abweichenden Bewertungen kommen. Eine Verbesserung kann u.a. über eine noch präzisere Operationalisierung erreicht werden. Wichtig erscheinen aber, vor allem auch aufgrund der Erfah-

rungen in den Kleingruppendiskussionen, Schulungen, in denen ein einheitliches Verständnis der Indikatoren und vor allem eine einheitliche Exploration der relevanten Informationen erarbeitet werden.

Ausblick

Die Entwicklung des Manuals findet mit einem Expertenworkshop seinen vorläufigen Abschluss. In der gegenwärtigen Fassung bietet die Indikatorenliste die Möglichkeit, in einheitlicher Weise zu einer Bewertung der Prognose kommen. Die wichtige Frage der Prognostischen Validität kann erst nach Ablauf von ca. 2 Jahren beantwortet werden. Erst dann kann die Bewertung mit dem tatsächlichen Verlauf abgeglichen werden.

Jedem das Seine oder allen das Gleiche? Die biopsychosoziale Ausgangslage, die Wertigkeiten und die Erfüllung von Erwartungen sowie der Erfolg von stationären orthopädischen Reha-Patientinnen im Geschlechtervergleich

Büschel, C. (1), Dibbelt, S. (1), Greitemann, B. (2)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney, (2) Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde

Einleitung

Aus der kardiologischen Reha ist bekannt, dass Frauen und Männer aus unterschiedlichen Ausgangslagen und mit verschiedenen Bedürfnissen ihre Reha-Maßnahmen antreten, aber sehr ähnliche Behandlungen bekommen. Forderungen nach geschlechts- und altersspezifischen Reha-Programmen wurden formuliert, die einer Maximierung des Reha-Erfolges dienen könnten (BMBF, 2004).

Auch in der orthopädischen Rehabilitation wird versucht, Reha-Programme möglichst gut an die individuellen Bedürfnisse der Patienten anzupassen, wobei bisher die Diagnose das ausschlaggebende Kriterium darstellte. Die vorliegende Studie stellt das Geschlecht als bedeutsamen biopsychosozialen Faktor in den Mittelpunkt und geht den Fragen nach inwieweit

1. sich Patientinnen und Patienten zu Beginn der stationären orthopädischen Reha in ihren psychosozialen Ausgangssituationen unterscheiden,
2. sie unterschiedliche Bedürfnislagen mitbringen,
3. sie ihre Erwartungen nach der Reha in unterschiedlichem Maß als erfüllt erleben,
4. diese Unterschiede mit ihren Reha-Erfolgen zusammenhängen.

Methodik

Die Datenbasis stammt von 132 Patientinnen (=27,4 %) zwischen 26 und 64 Jahren (MW=46,3; SD=9,48) und 349 Patienten (=72,6 %) zwischen 19 und 70 Jahren (MW=45,85; SD=9,74) der Klinik Münsterland. Im Rahmen des IopKo-Projektes wurden mit dem IRES 2.1 (Gerdes et al., 2000) der Reha-Status vor der Reha (t0), zum Ende der Reha (t1), 3 Monate (t2) und 10 Monate (t3) nach der Reha erhoben. Außerdem wurden mit einem eng an den FREM (Deck et al., 1998) angelehnten Fragebogen zu t0 die Erwartungen der Proban-

dInnen im Hinblick auf die Reha sowie deren Wertigkeiten und zu t1 und t2 der Erfüllungsgrad dieser Erwartungen erfasst.

Ergebnisse

1. Insgesamt wiesen die Frauen vor der Reha im psychosozialen Bereich schlechtere IRES-Werte auf als die Männer, konnten diese aber mittel- und langfristig ausgleichen. Die Männer hingegen behielten ihre schon anfänglich höher angegebene Beanspruchung im Beruf zu allen Messzeitpunkten bei.
2. Generell gaben Frauen in fast allen Bereichen höhere Wertigkeiten möglicher positiver Ereignisse der Reha an als Männer. Dieses gilt insbesondere für die Bereiche Erholung, Krankheitsbewältigung und Wohlbefinden sowie für Gesundheitsaspekte, die mit Schmerz in Zusammenhang stehen, und den Wunsch danach, die Einschränkung der eigenen Leistungsfähigkeit bestätigt zu bekommen.
3. Zum Ende der Reha sahen die Frauen ihre Erwartungen in den Bereichen Erholung, Krankheitsbewältigung und Wohlbefinden besser erfüllt als die Männer, lediglich in der Bestätigung der verminderten Leistungsfähigkeit waren die Männer zufriedener. Im Bereich Gesundheit fanden sich zu t1 keine Geschlechtsunterschiede, zu t2 berichteten die Frauen auch hier einen höheren Erfüllungsgrad ihrer Erwartungen.
4. Der Reha-Erfolg der Frauen war zu t2 und t3 fast durchweg größer als der der Männer. Insbesondere im psychosozialen Bereich gelang es den Frauen, im Vergleich zur Baseline signifikante Fortschritte zu machen. Lediglich in der Unterdimension Risikofaktoren verbesserten sich die Männer zu t1 signifikant stärker als die Frauen.

Die besseren Reha-Erfolge der Frauen lassen sich nicht mit den höheren Wertigkeiten, die die Frauen den meisten Aspekten der Reha zugeschrieben haben, in Beziehung setzen - sämtliche Korrelationen sind mit unter .2 zu schwach als dass sich eine Betrachtung lohnen würde. Signifikante Korrelationen einer allerdings immer noch mäßigen Höhe von bis zu .356 gibt es zwischen den von Frauen als höher angegebenen Erfüllungen der Erwartungen vor allem in den Bereichen Gesundheit und Wohlbefinden und ihren besseren Reha-Erfolgen im psychosozialen Bereich. Auch die Zusammenhänge zwischen den geschlechtsspezifischen Reha-Erfolgen und den geschlechtsspezifischen psychosozialen Bedingungen zu t0 erreichen vorwiegend in den psychosozialen Skalen mittlere Höhen von bis zu -.332, ansonsten sind auch sie eher schwach.

Diskussion

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich in der biopsychosozialen Ausgangssituation der Patientinnen und Patienten der Klinik Münsterland, in den Wertigkeiten und den empfundenen Erfüllungen ihrer Erwartungen an die Reha und in einzelnen Bereichen des Reha-Erfolges. Allerdings sind die Zusammenhänge zwischen den Unterschieden im Reha-Erfolg und in den Prädiktorvariablen mit einer maximalen Varianzaufklärung von 10% eher gering und von daher inhaltlich nur begrenzt bedeutsam. Auch darf man nicht vergessen, dass die hier präsentierten Zusammenhänge rein korrelativ sind, so dass gerade bei der Betrachtung von Erwartungserfüllung und wahrgenommenem Reha-Erfolg eine beiderseitige Kausalität angenommen werden muss.

Schlussfolgerungen

Ähnlich wie in der Kardiologie treten auch in der Orthopädie Patientinnen und Patienten ihre Reha-Maßnahme aus unterschiedlichen biopsychosozialen Situationen und mit verschiedenen Bedürfnissen an. Generell haben Frauen höhere Ansprüche an die Reha, sehen diese aber auch besser erfüllt und weisen gerade im psychosozialen Bereich bessere Reha-Erfolge auf. Gerade sie scheinen von einem ganzheitlichen Ansatz in der orthopädischen Reha zu profitieren. Man darf jedoch nicht übersehen, dass auch die Männer in fast allen Bereichen signifikante Erfolge verbuchen können. Überlegenswert wäre, speziell für Männer die berufsbezogenen Angebote auszuweiten und eventuell die psychosozialen Angebote gezielter zu verordnen. Für Einrichtungen mit einem grundsätzlich ganzheitlichen Behandlungskonzept lassen unsere Ergebnisse den Aufwand einer Einführung umfangreicher auf das Geschlecht spezialisierter Reha-Programme in der Orthopädie allerdings nicht als gerechtfertigt erscheinen.

Literatur

- Deck, R., Zimmermann, M., Kohlmann, T., Raspe, H. (1998): Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. *Rehabilitation*, 37, 140-146.
- Gerdes, N., Weidemann, H., Jäckel, W.H. (2000): Die Protos-Studie. Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz. Steinkopf, Darmstadt.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2004): <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/aktuelles/projekte/archiv/kardiologische%20Reha>.

Empirische Bewertungssätze in der gesundheitsökonomischen Evaluation: Ein Vorschlag der AG Reha-Ökonomie

Krauth, C. (1), Hansmeier, T. (2), Hessel, F. (3), Seitz, R. (4), Wasem, J. (3), Schweikert, B. (5)

(1) Medizinische Hochschule Hannover, (2) Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin, (3) Universität Duisburg-Essen, (4) BKK Landesverband Bayern, München, (5) Institut für Gesundheitsökonomie und Management, LMU München

Hintergrund

In den beiden Förderphasen des Förderschwerpunktes „Rehabilitationwissenschaften“ beschäftigten sich ca. 25 Projekte (auch) mit gesundheitsökonomischen Analysen der Rehabilitation. Ein zentraler Bestandteil gesundheitsökonomischer Untersuchungen ist die Bestimmung der Kosten der einbezogenen Interventionsalternativen. Kosten sind definiert als bewerteter Ressourcenkonsum einer Intervention (und der gesamten zurechenbaren Folge- und Begleitleistungen). Während für die rehabilitative Intervention meist eine detaillierte Kostenerhebung erfolgt, ist man für die Messung der Folgekosten nach der Reha-Maßnahme meist auf eine patientenbasierte Kostenerhebung angewiesen. Die AG Reha-Ökonomie (1999) hat zu Beginn des Förderschwerpunkts methodische Leitlinien für die gesundheitsökonomische Evaluation - insbesondere für die Kostenbestimmung (Identifizierung der relevanten Kostenkomponenten, Mengenerfassung des Ressourcenkonsums und Bewertung) - formuliert. Dabei blieben aber die für die Kostenermittlung zu verwendenden Bewertungssätze unbestimmt. Entsprechend der Vorgehensweise in anderen Gesundheitssystemen (Jacobs & Roos, 1999; Oostenbrink et al., 2000) soll im folgenden diese Lücke gefüllt und ein Bewertungssystem vorgeschlagen werden, das (1) durch einheitliche Standards die Qualität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Evaluationsstudien bei unterschiedlichen Interventionsstudien sichern und (2) den Erhebungsaufwand in gesundheitsökonomischen Studien mindern soll.

Fragestellung

In dem vorliegenden Beitrag wird ein Gerüst von empirisch basierten Bewertungssätzen für Krankheitskosten in der Phase nach der eigentlichen Rehabilitation aus gesellschaftlicher Perspektive vorgeschlagen. Dabei werden die wichtigsten direkten medizinischen und nicht-medizinischen sowie indirekten Kostenkomponenten berücksichtigt. Die Bewertungssätze sollen den aktuellst möglichen Stand repräsentieren. Es wird angenommen, dass das zu bewertende Mengengerüst auf Patientenangaben beruht (was in den Studien des Förderschwerpunkts durchgängig gilt).

Methoden

Die Bewertung der ambulanten Arztkontakten basiert auf den gewichteten Kontaktwerten von GKV- und PKV-Versicherten. Datengrundlage sind Leistungs- und Kostendaten der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Privaten Krankenversicherung. Bei Heilmitteln wird auf gewichtete Mittelwerte der Leistungsvergütung von GKV und PKV abgestellt, um eine gesellschaftliche Perspektive abzubilden. Die Leistungsvergütung basiert auf Vergütungsvereinbarungen von Krankenversicherung und Leistungserbringern. Die Bewertung von Hilfsmitteln erfolgt entsprechend den vertraglich vereinbarten Preisen aus dem Hilfsmittel-Verzeichnis. Bei der stationären Versorgung werden (abteilungsdifferenzierte) Kosten pro Pflage-tag kalkuliert. Dabei werden neben den laufenden Kosten (Finanzierung durch Krankenversicherung) auch die Investitionskosten (Finanzierung durch Bundesländer) berücksichtigt. Bei den indirekten Kosten (wegen Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit) wird zwischen Humankapitalansatz und Friktionskostenansatz unterschieden. Die Bewertung basiert auf Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung sowie aktuellen Arbeitsmarktstatistiken.

Ergebnisse

Bei der ambulanten Versorgung werden Hausarztkontakte mit 15 € bewertet, Facharztkontakte liegen in einer Bandbreite von 14 € (Psychiater) bis 80 € (Radiologen), die Behandlung bei Nephrologen kostet (aufgrund der enthaltenen Dialysebehandlung) 297 € je Kontakt. Beispiele für die Bewertung von (häufig verordneten) Heilmitteln sind Krankengymnastik Einzel mit 14,60 €, Krankengymnastik Gruppe mit 4,20 € oder Massagen mit 9,90 € je Behandlung. Stationäre Aufenthalte werden durchschnittlich mit 393 € pro Pflage-tag bewertet. Die Bandbreite liegt zwischen 260 € (Orthopädie) und 481 € (Neurochirurgie), die Intensivmedizin kostet 942 € pro Pflage-tag. Die Kosten eines Arbeitsunfähigkeitstages betragen nach Humankapitalansatz 89 € und nach Friktionskostenansatz 71 €. Die Friktionsperiode für die Kostenbestimmung nach Friktionskostenansatz beträgt für Deutschland durchschnittlich 72 Tage.

Diskussion und Ausblick

Mit dem vorgeschlagenen Preisgerüst wird auf eine durchschnittliche Bewertung von Gesundheitsleistungen abgestellt. Damit werden unterschiedliche gesundheitsökonomische Studien vergleichbar. Sofern in den Projekten spezifischere Bewertungsdaten verfügbar sind, sollten sie zusätzlich kalkuliert werden, um die spezifischen Kosten exakt abzubilden (meistens aber nicht verfügbar). Die Ermittlung der aktuellst verfügbaren Bewertungssätze beruht überwiegend auf empirischen Daten aus 2002 und 2003 (was für die Projekte der 2. Förderphase adäquat erscheint). Falls aktuellere Bewertungssätze benötigt werden, müssen sie mit sektorspezifischen Inflationsraten hochgerechnet werden. Die meisten Kostenkomponenten basieren nicht auf Marktpreisen, sondern auf administrativ bedingten Vergütungssätzen. Dies impliziert, dass institutionelle Änderungen wie sie im Gesundheitswesen nicht selten sind, auch die Bewertungssätze beeinflussen (bspw. Einführung von DRGs). Dies erfordert, dass bei der Aktualisierung von Bewertungssätzen grundsätzlich auch die Bewertungsmethoden zu überprüfen sind.

Literatur

AG Reha-Ökonomie (1999): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Empfehlungen der Arbeitsgruppen "Generische Methoden", "Routinedaten" und "Reha-Ökonomie". DRV-Schriften Band 16: Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften". Frankfurt: VDR, 106-246.

- Jacobs, P., Roos, N.P. (1999): Standard cost lists for healthcare in Canada: Issues in validity and inter-provincial consolidation. *PharmacoEconomics* 15: 551-560.
- Oostenbrink, J.B., Koopmanschap, M.A., Rutten, F.F.H. (2000): Handleiding voor kostenonderzoek, methoden en richtlijnprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Amstelveen; College voor zorgverzekeringen.

Ökonomische Evaluation eines neuen multidisziplinären Gesundheitstrainings bei nierenkranken Patienten im Rahmen einer stationären Rehabilitation

Sabariego, C. (1), Fritschka, E. (2), Brach, M. (1), Birkner, B. (1), Mahlmeister, J. (2), Liebscher-Steinecke, R. (2), Ellgring, J.H. (3), Stucki, G. (1)

(1) Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität München, (2) Sinntalklinik der LVA-Unterfranken, Bad Brückenau, (3) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg

Hintergrund

Da die rasche Verschlechterung der Nierenfunktion mit einem deutlichen Anstieg des Ressourcenverbrauchs von Gesundheitsgütern verbunden ist, ist ihre Verzögerung durch gezielte Präventionsprogramme auch aus gesundheitsökonomischer Sicht von großer Bedeutung (Blagg, 1994). Lewin et al. (1997) weisen auf Kostenersparnisse (Vancouverstudie) hin, welche auf die niedrigere Inzidenz einer notfallmäßig begonnenen Dialyse und weniger Krankenhausaufenthalten im ersten Dialysemonat bei Teilnehmern einer Gruppenschulung zurückzuführen sind. Rasgon et al. (1993) weisen ebenfalls auf ökonomische Vorteile einer Patientenschulung hin: Arbeiter, die an einer Pre-Dialyse Gruppenschulung teilgenommen haben, blieben statistisch signifikant häufiger erwerbstätig (46,7 %) als die Kontrollgruppe (23,5 %). Trotzdem gab es bisher in Deutschland keine Erfassung der Kosten und der ökonomischen Bedeutung solcher Programme im Vordialysestadium. Ziel dieser Arbeit ist eine aus der gesellschaftlichen Perspektive durchgeführte ökonomische Evaluation einer Einjahres-Studie einer in Deutschland entwickelten multidisziplinären Patientenschulung für chronisch Nierenkranke im Frühstadium der Erkrankung (Fritschka, Mahlmeister 2002; 2003). In der gesundheitsökonomischen Evaluation wurde eine Inkrementalanalyse der Kosten des Schulungsprogramms und der herkömmlichen Alternative durchgeführt, medizinischen Erfolgsvariablen im Rahmen einer Kosten-Wirksamkeits-Analyse gegenübergestellt und der Ressourcenverbrauch von Gesundheitsgütern ein Jahr nach Ende der Rehabilitation untersucht.

Methodik

Die Kosten der Behandlungen der Kontroll- und der Interventionsgruppe wurden basierend auf Gruppengröße, Dauer der Leistung und klinikindividueller Kosten für Personal (Monatsbruttobeträge) berechnet. Im Follow-up wurden im Rahmen einer prospektiven, kontrollierten Studie bei 2 x 140 Nierenkranken die gesundheitsökonomischen Daten anhand eines Patientenfragebogens zur Erfassung des Ressourcenverbrauchs retrospektiv zwölf Monate nach dem Rehabilitationsaufenthalt postalisch erhoben (DRV-Schriften). Die Kontrollgruppe

erhielt ein Standardprogramm, die Interventionsgruppe ein dreiwöchiges intensives Gesundheitstraining mit dem Schulungsschwerpunkt Informationen zur Nierenerkrankung, deren Einflussfaktoren und Krankheitsbewältigungsstrategien. Die Bewertung der Mengenkosten in Kostenkomponenten wurde basierend auf den empfohlenen bundesdurchschnittlichen Preisvorgaben der Arbeitsgruppe Reha-Ökonomie kalkuliert. Die Analyse der indirekten Kosten wurde gemäß dem Humankapitalansatz bewertet.

Ergebnisse

Die Standardbehandlung kostet pro Patient pro Rehabilitation 269,80 DM (137,94 €); das Schulungsprogramm pro Patient und pro Rehabilitation 252,30 DM (128,99 €). Ein Jahr nach der Rehabilitation gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der direkten medizinischen Kosten ($p = 0,488$, $t = -0,695$): im Durchschnitt verursachten die Kontrollgruppenpatienten direkte Kosten in Höhe von $9622,91 \pm 16027,48$ DM, hingegen die Patienten der Gruppenschulung direkte Kosten in Höhe von $10485,37 \pm 18784,15$ DM. Ein Jahr nach der Rehabilitation wurden 12 % der Erwerbstätigen der Patientenschulung und 22,6 % der Erwerbstätigen der Kontrollgruppe berentet. Ebenfalls haben die erwerbstätigen Teilnehmer des Schulungsprogramms ($N = 86$) mit insgesamt 3796 AU-Tage gegenüber 5003 AU-Tage der erwerbstätigen Teilnehmern der Kontrollgruppe ($N = 90$) deutlich weniger Arbeitsausfall. Der Arbeitsausfall der Kontrollgruppe pro Patient kostete nach einem Jahr im Durchschnitt $9567,40 \pm 18044,02$ DM, der Arbeitsausfall der Gruppenschulung pro Patient im Durchschnitt $7596,85 \pm 16829,30$ DM. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch knapp signifikant ($p = 0,051$, $z = -1,949$).

Diskussion

Die Patientenschulung erwies sich als die kostengünstigere und effektivere Alternative (dominantes Verfahren), weswegen die Berechnung von Kosten-Wirksamkeits-Quotienten entfällt. Die Arbeitsausfallkosten der Gruppenschulung sind statistisch signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe, insbesondere für die Strata der Patienten, welche eine Nierenfunktions Einschränkung leichten Grades zeigten. Dieses Ergebnis könnte auf einen Präventiveffekt der Gruppenschulung bei der Erhaltung der Nierenfunktion und damit der Erwerbstätigkeit hindeuten.

Schlussfolgerung

Der Patientenschulung können Einsparungen während und nach der Rehabilitation zugeschrieben werden, insbesondere angesichts der Erhaltung der Erwerbstätigkeit und der Arbeitsfähigkeit. Es zeigte sich damit, dass die Rehabilitation und somit die Gruppenschulung am wirksamsten im ersten Stadium der Nierenerkrankung sind und bereits zu diesem Zeitpunkt erfolgen sollten.

Literatur

Blagg, C.R.M. (1994): FRCP, "The Socioeconomic Impact of Rehabilitation." American Journal of Kidney Diseases 24 (No 1, Suppl 1 (July)): 17-21.

DRV-Schriften - Arbeitsgruppe Reha-Ökonomie des Förderschwerpunktes "Rehabilitationswissenschaften". Ökonomische Evaluation in der Rehabilitation. DRV-Schriften Band 16: 103-246, Frankfurt am Main.

- Fritschka, E., Mahlmeister, J. (2002): Gesundheitstrainingsprogramm für chronisch Nierenkranke. Pabst Science Publishers, Verlag, Lengerich, Berlin, Bremen, Riga, Rom, Viernheim, Wien, Zagreb.
- Levin, A., Lewis, M., Mortiboy, P., Faber, S., Hare, I., Porter, E.C., Mendelsohn, D.C., FRCPC (1997): "Multidisciplinary Pre-Dialysis Programs: Quantification and Limitations of their Impact on Patient Outcomes in Two Canadian Settings." American Journal of Kidney Diseases 29 (No 4, April): 533-540.
- Mahlmeister, J., Fritschka, E. (2003): Langzeiteffekt einer multidisziplinären Schulung bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz auf Nierenfunktion und renale Risikofaktoren. Nieren- und Hochdruckkrankheiten 32 (10), 437-447.
- Rasgon, S, Schwankovsky, L., James-Rogers, A., Widrow, L., Glick, J., Butts, E., (1993): "An Intervention for Employment Maintenance Among Blue-Collar Workers With End-Stage Renal Disease." American Journal of Kidney Diseases 22 (No 3, September): 403-412.

Ökonomische Evaluation einer zusätzlichen psychologischen Behandlung in der Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen

Schweikert, B. (1,2), Jacobi, E. (3), Knab, J. (4), Leidl, R. (1,2)

(1) Institut für Gesundheitsökonomie und Management, LMU München, (2) GSF - Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Neuherberg (3) Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin, Universität Ulm, (4) Universitätsklinikum Essen

Hintergrund

Rückenschmerzen gehören in industrialisierten Ländern zu den häufigsten Krankheitsbildern und verursachen hohe direkte und indirekte Kosten (Bolten et al., 1998). Die Ursachen und der Ablauf des Chronifizierungsprozesses sind zu einem großen Teil noch nicht bekannt. Es zeigte sich aber, dass die Konzentration auf die somatische Behandlung wenig effektiv ist und psychologische Risikofaktoren eine Rolle spielen (Linton, 2000).

Fragestellung

In einer bizenrischen, randomisierten und kontrollierten Studie wurde untersucht, welche medizinischen Effekte die zusätzliche intensivierete psychologische Betreuung von chronischen Rückenschmerzpatienten in der stationären Rehabilitation im Vergleich zur konventionellen Behandlung erbringt. Ziel der ökonomischen Analyse in Form einer Kosten-Nutzwert-Studie war die Messung krankheitsbedingter Kosten aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive sowie die Messung von Gesundheitseffekten in Form von Nutzwerten anhand der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Methode

Die Patienten der intensivierten Gruppe erhielten zusätzlich zum konventionellen Reha-Programm eine psychologische Intervention bestehend aus Einzelgesprächen und Gruppensitzungen, mit Schmerzbewältigungstechniken Entspannungsübungen und edukativen Elementen. Für die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde der EuroQol-Fragebogen verwendet (Seitz et al., 1999). Die Kosten in der stationären Behandlung wurden über Klinikdaten gemessen. In der poststationären Phase wurde ein Kostenwochen-

buch eingesetzt (Becker et al., 2001). Ergänzend wurden Administrativdaten von Krankenkassen und vom Rentenversicherungsträger herangezogen. Die Beobachtungsperiode erstreckte sich von Aufnahme, bis sechs Monate nach Entlassung.

Ergebnisse

409 Patienten wurden in die Studie aufgenommen (209 konventionell, 200 intensiviert). Auf Basis der vollständigen Lebensqualitätsmessungen (n=238) war während der Reha eine weitgehend parallele Verbesserung des Gesundheitszustands in beiden Gruppen zu beobachten (Effektgröße 0,53), die nach 6 Monaten in der Interventionsgruppe weniger stark abnahm als in der Kontrollgruppe ($p=0,32$). Transformiert in den Parameter der qualitätsadjustierten Lebensjahre zeigte sich kein signifikanter Unterschied. Für die Intervention beliefen sich die direkten durchschnittlichen Zusatzkosten in der Reha auf 122 € ($p<0,001$). In der poststationären Phase ergaben sich auf Basis der Kostenwochenbucherhebung (63 % der Ausgangsstichprobe) keine wesentlichen Unterschiede in den direkten medizinischen Kosten. Die indirekten Kosten der Interventionsgruppe beliefen sich auf knapp 55 % des Werts der Kontrollgruppe (3.623 € vs. 1.930 €, $p=0,043$). Auf Basis der Kassendaten, die für rd. 85 % der Stichprobe erhoben werden konnten, ergab sich eine geringere Differenz bei den indirekten Kosten von 751 € (2.192 € vs. 1.441 €, $p=0,097$). Die inkrementelle Kosten-Effektivitätsrelation implizierte Dominanz der intensivierten Reha. In der Basisanalyse ergab die Analyse mit Resamplingmethoden eine Wahrscheinlichkeit von ca. 60 %, dass mit der untersuchten Intervention geringere Kosten mit gleichbleibenden oder verbesserten Effekten verbunden sind. In Sensitivitätsanalysen zu Bewertungsansätzen erwies sich dieses Ergebnis als stabil.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Analyse musste mit Ausfällen von Studienteilnehmern in unterschiedlichen Studienphasen umgehen. Diese Ausfälle wurden durch eine Untersuchung der Abbrecher und fehlender Patientenangaben mit verschiedenen Imputationsmethoden analysiert. Die Studienergebnisse erwiesen sich dabei als relativ stabil gegenüber den Ausfällen. Die intensivierte Behandlung zeigte keine deutlich messbaren Zugewinne an gesundheitsbezogener Lebensqualität. Auf der Kostenseite zeigt das Ergebnis, dass der Ansatz der Intervention in eine erfolgsversprechende Richtung weist und zu Kosteneinsparungen aus gesamtgesellschaftlicher Sicht führen kann.

Literatur

- Becker, A., Seitz, R., Jacobi, E., Leidl, R. (2001): Kostenmessung durch Patientenbefragung. Pilotstudie zu einem Kostenwochenbuch. *Rehabilitation (Stuttg)* 40(1): 12-20.
- Bolten, W., Kempel-Waibel, A., Pforringer, W., (1998): Analyse der Krankheitskosten bei Rückenschmerzen. *Med Klin* 93(6): 388-393.
- Linton, S.J. (2000): A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 25(9): 1148-1156.
- Seitz, R., Leidl, R., Jacobi, E. (1999): Die psychometrischen Eigenschaften des EuroQol bei Rehabilitanden mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 7(3): 210-232.

Bildung ressourcenhomogener Patientengruppen in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen: Ergebnisse auf der Basis eines neu entwickelten Klassifikationssystems

Andreas, S., Dirmaier, J., Koch, U., Harfst, T., Kawski, S., Schulz, H.
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Medizinische Psychologie

Hintergrund

Vor dem Hintergrund der gesetzlich verankerten Einführung eines neuen pauschalierten Entgeltsystems (den Diagnosis Related Groups, DRGs) (Fischer, 2002) im Krankenhaussektor und dem Fehlen entsprechender Systeme für den Bereich der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen war es Ziel der Studie, für diesen Indikationsbereich ein Klassifikationssystem zur Bildung von Fallgruppen zu entwickeln. Diese Fallgruppen sollten vergleichbaren Behandlungsbedarf und somit Ressourcenverbrauch aufweisen. Die Entwicklung des Klassifikationssystems basiert auf drei Arbeitsschritten: Zunächst erfolgte eine literaturbasierte Identifikation von potentiellen Prädiktoren des Ressourcenverbrauches anhand der Analyse internationaler Klassifikationssysteme und empirischer Befunde nationaler Studien aus dem Bereich der Versorgung psychisch Kranker (Andreas, 2003). Es folgte in einem zweiten Schritt die Auswertung eines umfassenden und repräsentativen KTL-Datensatzes (Andreas, 2004). Abschließend wurden die so gewonnenen Ergebnisse im Rahmen eines Experten-Workshops umfangreich diskutiert.

Methodik

Untersucht wurde das entwickelte Klassifikationssystem an einer konsekutiv erhobenen Stichprobe von N = 1918 Patienten mit psychischen Störungen in stationärer Rehabilitationsbehandlung. Es handelte sich um eine für den Versorgungsbereich weitest gehende repräsentative Stichprobe. Zu den Bausteinen des Klassifikationssystems zählten neben der Erfassung soziodemographischer Merkmale auch klinische Merkmale. Teile des Erhebungsinstrumentes wurden von den Patienten selbst eingeschätzt: gekürzte Version der SCL, des IIP, der SF-8-S und der ADS. Andere Teile wurden durch die jeweiligen Behandler zu zwei Messzeitpunkten (vor und nach der stationären Behandlung) fremd eingeschätzt: HoNOS-D (deutsche Version der Health of the Nation Outcome Scales) und SF-8-F. Zur Datenauswertung und systematischen Bildung homogener Patientengruppen wurde auf den „Exhaustive CHAID-Algorithmus“ (CHI-squared Automatic Interaction Detector) zurückgegriffen.

Ergebnisse

Es wurden 21 Fallgruppen mit einer Gesamtvarianzaufklärung von 36,5 % der Behandlungsdauer extrahiert. Dabei erwiesen sich 12 Prädiktoren als signifikant: Erstdiagnose bei Aufnahme, Alter, Schweregradeinschätzung der Erstdiagnose, SF-8-F psychische Summenskala, Chronifizierung der Haupterkrankung, Kostenträger, SF-8-S psychische Summenskala, ambulante Psychotherapieerfahrung, HoNOS-D Gesamtscore, BMI der Patienten, Partnersituation und Komorbidität. Die Patienten der Gruppe mit den durchschnittlich längsten Behandlungsdauern waren durch folgende Merkmale gekennzeichnet: Vorliegen einer Essstörung, schwere Schweregradeinschätzung, Score über 2,5 in der SF-8-F psychische Summenskala und Psychotherapieerfahrung. Patienten der Gruppe mit den durch-

schnittlich geringsten Behandlungsdauern wiesen folgende Prädiktoren auf: Vorliegen einer neurotischen oder Belastungsstörung, einer eher niedrigen Chronifizierungsdauer der Erkrankung, Score unter 2,25 in der SF-8-S psychische Summenskala und einem BMI < 23.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse zeigen, dass die Varianzaufklärung der Behandlungsdauer als zentrales Bestimmungsstück des Ressourcenverbrauches in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Störungen mit 36,5 % in einem zufrieden stellenden Bereich liegt. Der Umfang der zugrunde liegenden Daten und die Praktikabilität sollen hinsichtlich einer Implementierung eines solchen Klassifikationssystems diskutiert und ein sich daraus ableitender Minimum-Data Set vorgestellt werden. Weiterhin sollen die Ergebnisse vor dem Hintergrund einer Implementierung und Überprüfung des Nutzens von Fallgruppensystemen kritisch betrachtet werden - auch unter dem Aspekt der Gefahr der Unterversorgung von Patienten und einer notwendigen Kontrolle des Behandlungserfolges.

Literatur

- Andreas, S., Dirmaier, J., Koch, U., Schulz, H. (2003): DRG-Systeme in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen: Zur Konzeption eines Klassifikationssystems für Fallgruppen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 5, 234-243.
- Andreas, S., Dirmaier, J., Lang, K., Watzke, B., Koch, U., Ranneberg, J., Schulz, H. (2004): Lassen sich Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und dem fachspezifischen Ressourcenverbrauch in der stationären Behandlung von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen bestimmen? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54, 1-9.
- Fischer, W. (2002): Kurzgutachten: "Diagnosis Related Groups (DRG's) und verwandte Patientenklassifikationssysteme", Version 1.2.

Indirekten Kosten bei einem strukturierten stationären Nachsorgekonzept für rheumatische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation

Jalilvand, N. (1), Krauth, C. (1), Bönisch, A. (2), Ehlebracht-König, I. (2)
(1) Medizinische Hochschule Hannover, (2) Reha-Zentrum, Bad Eilsen

Hintergrund

Der Gesundheitszustand bei Erkrankungen des Bewegungsapparates kann sich durch stationäre Rehabilitationsmaßnahmen verbessern (Haaf und Schliehe, 1998), die oft jedoch z.T. nach einiger Zeit wieder zurückgehen (Wild et al., 2000). Im Reha-Zentrum Bad Eilsen wurde ein integriertes stationäres Nachsorgekonzept im Sinne einer fraktionierten Rehabilitation für Patienten mit rheumatischen Erkrankungen (Spondylarthropathien, Chronische Polyarthritiden und Fibromyalgie) entwickelt. Ziel der gesundheitsökonomischen Analyse in diesem Projekt war u.a. die Auswirkungen eines strukturierten stationären Nachsorgekonzeptes auf die indirekten Folgekosten aus gesellschaftlicher Perspektive zu untersuchen.

Methodik

Im Rahmen des Projektes erhielt die Interventionsgruppe 3 Wochen stationäre Reha plus eine Woche stationärer Nachsorge (IG) nach ca. 3 Monaten, die Kontrollgruppe (KG) eine 4-

wöchige Rehabilitationsmaßnahme ohne Unterbrechung. Parallel zu den Effektivitätsuntersuchungen wurde eine detaillierte Kostenanalyse (u.a. Berechnung der indirekten Kosten) durchgeführt. Die indirekten Kosten - insbesondere Arbeitsunfähigkeitstage - stellen bei chronischen Erkrankungen im Allgemeinen einen bedeutenden Kostenparameter dar. Daher wurden die Arbeitsunfähigkeitstage in dieser Studie sehr detailliert erhoben:

3. Patienten wurden vor Reha-Beginn (per Fragebögen), 3 Monate nach Reha-Ende (per Fragebögen), 6 bis 9 Monate nach Reha-Ende (Kostenwochenbuch) und 12 Monate nach Reha-Ende (per Fragebögen) zu den gesamten Arbeitsfehltagen in den letzten vier Wochen und zu den krankheitsspezifischen Arbeitsfehltagen in den letzten vier Wochen befragt.

Patienten wurden vor Reha-Beginn und 12 Monate nach Reha-Ende zu den gesamten Arbeitsunfähigkeitstagen in den letzten zwölf Monaten befragt.

Es wurden Krankenkassendaten im Zeitraum zwölf Monate vor Reha-Beginn bis zwölf Monate nach Reha-Ende eingeholt (Steffanowski et al., 2002).

Man bezeichnet den Wertschöpfungsverlust infolge von krankheitsbedingtem Arbeitsausfall als indirekte Kosten. Dabei unterscheidet man aus gesellschaftlicher Perspektive zwei Ansätze, den Humankapitalansatz und den Friktionskostenansatz (AG Reha-Ökonomie, 1999b). Berichtet werden an dieser Stelle nur die Ergebnisse der Analysen nach Humankapitalansatz. Der Humankapitalansatz bestimmt den Ausfall an Produktionspotential infolge der Erkrankung. Indikator für den Produktionsausfall ist das entgangene Arbeitseinkommen (Bruttoeinkommen inklusive Lohnnebenkosten wie Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung). Die durchschnittlichen Arbeitskosten je Arbeitnehmer betragen im Jahr 2002 ca. 33.000 EUR (Statistisches Bundesamt, 2003). Daraus ergeben sich durchschnittliche Arbeitskosten je Arbeitsunfähigkeitstag (bzw. Kalendertag) von 90 EUR. Die Krankenkassendaten liegen nicht vollständig vor. Die folgenden Ergebnisse basieren auf den Angaben der Patienten.

Ergebnisse

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Zwölf-Monatszeitraum basiert auf der Teilstichprobe von Patienten, die mindestens zu den Erhebungszeitpunkten vor Reha-Beginn, 3 Monate nach Reha-Ende und 12 Monate nach Reha-Ende erwerbstätig waren. Die interpolierten Arbeitsfehlzeiten im Zwölf-Monatszeitraum nach Rehabilitation gegenüber dem Zwölf-Monatszeitraum vor Rehabilitation verändern sich in beiden Gruppen. Bei der IG sinken sie um ca. 3 Arbeitsfehltag, während bei der KG eine Reduktion um ca. 11 Tage zu verzeichnen ist. Die Reduktion der interpolierten Arbeitsfehltag ist somit bei der KG zwölf Monate nach Reha-Ende stärker als bei der IG (ca. 8 Arbeitsfehltag weniger). Desweiteren wurden die Patienten vor Reha-Beginn und 12 Monate nach Reha-Ende zu den gesamten Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) in den letzten zwölf Monaten befragt. Innerhalb der einzelnen Gruppen wird 12 Monaten nach Reha-Ende eine Erhöhung der AU-Tagen festgestellt (18,29 AU-Tage in der KG und 6,56 AU-Tage in der IG). Trotz des Anstiegs der AU-Tagen in beiden Gruppen weist die IG ca. 12 AU-Tage weniger als die KG aus. Die indirekten Kosten steigen bei der KG in Zwölf-Monatszeitraum nach Reha-Ende um ca. 1620 € und bei der IG um ca. 630 €. Werden die interpolierten Arbeitsfehltag in der Berechnung berücksichtigt, sinken die indirekten Kosten bei der KG um ca. 1029 € und bei der IG um ca. 306 €. Tabelle 1: Arbeitsunfähigkeitszeiten 12-Monatszeiträume vor vs. nach Reha; (Patientenangaben)

Diskussion

		Kontrollgruppe	Nachsorge	NA - KG
4 - Wochen	-	Interpoliert (Patientenangaben)		
AU Gesamt	PRE POST Δ	Arbeitstage p 59,1 ± 99,8 47,7 ± 73,5 -11,4 .91	Arbeitstage p 51,5 ± 92,1 48,1 ± 64,7 -3,40 .54	Arbeitstage -7,6 0,4 8
12 - Monate	-	Patientenangaben		
AU Gesamt	PRE POST Δ	Kalendertage p 53,7 ± 62,9 71,99 ± 107,7 18,29 .26	Kalendertage p 43,21 ± 62,8 49,77 ± 85,1 6,56 .60	Kalendertage -10,49 -22,22 -11,73

Das hohe Ausgangslevel bei den interpolierten Arbeitsfehltagen kann u.a. daran liegen, dass die Vier-Wochenangaben zu den Arbeitsfehltagen kurz vor Reha teilweise überschätzt werden. Die nicht-parametrischen Analysen zeigen sowohl bei Vier-Wochenzeitraum als auch bei Zwölf-Monatszeitraum keine signifikante Unterschiede. Die bisherigen Analysen der Arbeitsunfähigkeitszeiten weisen keine einheitliche Ergebnisse aus. Dies kann an den Unterschieden in der Patientenstichprobe, an den erfassten Parametern (Arbeitsfehltag vs. Arbeitsunfähigkeitstage), an den unterschiedlichen Zeiträumen aber auch an den Datenquellen (Patientenangaben) liegen. Die von den Patientenangaben abgedeckten Zeiträume werden mit den Angaben der Krankenkassen verglichen.

Literatur

- AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (1999b): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil II: Bewertung der Ressourcenverbräuche. In DRV-Schriften, Band 16. Frankfurt: VDR.
- Haaf, H.G., Schliehe, F. (1998): Zur Effektivität und Effizienz der medizinischen Rehabilitation. In: Delbrück, H., Haupt, E. (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin: ambulant, teilstationär, stationär. 2. Auflage, 224-236. München. Urban & Schwarzenberg.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Steffanowski, A., Karcher, S., Schmidt, J. et al. (2002): Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach der Rehabilitation: Wie zuverlässig sind die Selbstangaben der Patienten, wenn man objektive Krankenkassendaten als Vergleichsmaßstab ansetzt? DRV-Schriften, 33, 339-340.
- Wild, J., Kappel, M., Stratz, T., Müller, W. (2000): Veränderung des psychischen Befindes durch die stationäre Behandlung der Fibromyalgie. Aktuelle Rheumatologie, 25, 57-60.

Entwicklung von Rehabilitationsbehandlungsgruppen für die Neurologie: Bericht über den Ergebnisstand 2004

Ranneberg, J., Neubauer, G.

Universität der Bundeswehr München, Neubiberg

Hintergrund und Ziel der Untersuchung

Das im folgenden vorgestellte Projekt beschäftigt sich mit der Entwicklung leistungs- und kostenhomogener Patientengruppen für die neurologische Rehabilitation. Dabei spielt neben dem ökonomischen Ansatz der Kostenhomogenität das qualitative Moment der Ergebnisevaluation eine herausragende Rolle. Vor allem gilt es zu zeigen, inwieweit trotz der in der Neurologie besonders schwierigen Verlaufs- und somit Aufwandsprognostizierung eine prospektive Patientengruppierung möglich ist. Da Studiendesign und Erhebungsmethodik im Rahmen dieser Veranstaltungsreihe bereits ausführlich vorgestellt wurden⁸, sollen im Rahmen dieses Beitrags nun die Ergebnisse der empirischen Studie vorgestellt und diskutiert werden. Da die 3. Phase der Datenerhebung jedoch erst nach Redaktionsschluss abgeschlossen wird, kann im folgenden nur auf vorläufige Ergebnisse eingegangen werden.

Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe umfasst n=1.133 neurologische Patienten, die zwischen 01/03 und 03/04 in vier Reha-Einrichtungen in Süddeutschland behandelt wurden. Nach Ausschluss unvollständiger Datensätze flossen 1.113 Patientendatensätze in die Untersuchungen mit ein. Dabei waren die Diagnosegruppen Schlaganfall (53 %), entzündliche neurologische Erkrankungen (14,5 %) und periphere neurologische Erkrankungen (11 %) am häufigsten vertreten. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug dabei 56,83 Jahre mit 46,3 % unter 60-jährigen. 58 % der Patienten waren männlich. Mit 74,4 % der Fälle war die überwiegende Zahl der Patienten der Phase D zuzuordnen, bei 14,1 % Phase C- und 11,2 % Phase B-Patienten. Bei 83 % der Patienten wurden Nebendiagnosen dokumentiert und in 14,3 % der Fälle traten intermittierende Komplikationen auf. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 36 Tagen (Median 28⁹). Die Kostenträgerschaft verteilte sich mit 51,2 % auf die GKV, 36,9 % auf die GRV und 12 % auf PKV und sonstige. Insgesamt überwogen Maßnahmen der Anschlussheilbehandlungen mit 69 % gegenüber 31 % der klassischen Antrags-Reha. 77 % der Patienten beteiligten sich aktiv an der Datenerhebung durch die Bearbeitung mindestens eines Patientenfragebogens (t¹, t²).

Vorläufige Ergebnisse

Die ersten Auswertungen des Datenmaterials zu den Erhebungszeitpunkten t¹ (= Aufnahme) und t² (= Entlassung) ergaben bedarfs- und kostenseitig erwartungsgemäß

⁸ Ranneberg & Neubauer (2004)

⁹ Berechnung nach VD- und Kostentrimmung (Mittelwert +/- 4x Standardabweichung), n=1.010)

ein sehr heterogenes Bild, da die Unterschiede in der Patienten- und Verweildauerstruktur in der neurologischen Rehabilitation besonders groß sind. So lagen die beobachteten Verweildauern zwischen 6 und 590 Tagen, was einer Differenz von 38 Wochen, d.h. knapp 10 Monaten entspricht. Den extremen Verweildauerunterschieden zufolge wiesen auch die ermittelten, leistungsbasierten Fallkosten¹⁰ eine erhebliche Streuung auf. Doch auch bei der Betrachtung der Tageskosten konnten erhebliche Unterschiede zwischen den Patienten nachgewiesen werden. Bei der Suche nach Prädiktoren des Ressourcenverbrauchs lieferte die Diagnose allein nur ungenügende Ergebnisse. So waren die Unterschiede zwischen den Indikationsgruppen, soweit überhaupt vorhanden, nur gering, bei erheblicher verbleibender Kostenstreuung innerhalb der Gruppen. Insgesamt konnten die 12 vordefinierten Basisgruppen nur 3,8 % der Kostenvarianz (Fallkosten) erklären¹¹. Als geeignete Prädiktoren erwiesen sich dagegen die Merkmale Patientenalter, Komplikationen¹² und funktionaler Status, letzterer ausgewiesen im Functional Independence Measure sowie in Einzelfällen dem Früh-Reha-Barthel. Durch die zusätzliche Berücksichtigung kognitiv-kommunikativer Items erwies sich der FIM dabei als sensitiver und für die Gruppierung im Bereich der neurologischen Rehabilitation aussagekräftiger als der zur Phasenzuordnung verwendete Barthel-Index. So konnte der sogenannte FIMcog, der fünf Aktivitäten aus dem Bereich Kognition, Kommunikation und Soziales Verhalten umfasst, in sechs von insgesamt zehn untersuchten Basisgruppen kostendiskriminierend wirken. Die physische Teilskala FIMmot trug, mit Ausnahme der Gruppe Epilepsie, in der erheblich Deckeneffekte auftraten, in allen Gruppen zur Varianzklärung bei. Insgesamt konnte mit Hilfe der identifizierten Prädiktoren zwischen 53,4 % (Schlaganfall) und 67,2 % der Gesamtkostenstreuung erklärt werden. Bei einem Vergleich der Ergebnisse mit international bekannten Modellen (z.B. FIM-FRG von Stineman, M.) ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich dabei nicht um Vollkosten oder Vergütungssätze, sondern lediglich um einen Gesamtkostenanteil von etwa 40 % handelt.

Zur Diskussion

Im Gegensatz zu den Ergebnissen in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation, stellte sich der Functional Independence Measure bei der Verwendung in neurologischen Populationen als hinreichend sensitives Instrument der Erfassung der funktionalen Selbständigkeit heraus. So wies die neurologische Stichprobe deutlich weniger Deckeneffekte auf als im Fall der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation¹³. Dennoch können FIM-Werte zum Zeitpunkt t^1 nicht immer einheitlich interpretiert werden. So können erhebliche funktionale Beeinträchtigungen zu Beginn der Reha zu einem erheblichem rehabilitativen Leistungsverbrauch und mithin einer hohen Verweildauer führen. Denkbar ist jedoch auch der Abbruch der Reha-Maßnahme zugunsten der Versorgung in anderen Einrichtungen (z.B. Pflegeheim). Da nach einheitlicher Auffassung der am Projekt beteiligten Reha-Medizinern der Verlauf des funktionalen Status innerhalb der ersten Wochen, für den weiteren Therapieablauf und Ressourcenverbrauch entscheidend ist, soll nun

¹⁰ Keine Vollkostenerhebung, erhoben wurden ausschließlich direkte Behandlungskosten (Arzt, Pflege, Therapie, Medikamente).

¹¹ Die Varianzreduktion im Bereich der DRG liegt bei etwa 64 %.

¹² Die Variable „Zusatzerkrankungen“ konnte aus datentechnischen Gründen noch nicht berücksichtigt werden.

¹³ Neubauer et al. (2002)

in einer weiteren Untersuchung analysiert werden, ob und in wie weit ein Verlaufsgradient die Kostenerklärung verbessern kann. Zu diesem Zweck soll die Veränderung im FIM innerhalb der ersten vier Wochen als zusätzliche unabhängige Variable in die Analysen mit aufgenommen werden¹⁴. Ergebnisse dazu werden im Rahmen des Vortrags vorgestellt.

Literatur

- Neubauer, G., Mayer, R., Ranneberg, J. (2002): Entwicklung der Grundlagen für eine fallbezogene Vergütung der Rehabilitationsleistungen, Abschlussbericht, Sept..
- Ranneberg, J., Neubauer, G. (2004): Rehabilitationsbehandlungsgruppen und Ergebnismessung in der neurologischen Rehabilitation In: VDR (Hrsg.): 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Rehabilitation im Gesundheitssystem vom 10. bis 12. März 2004 in Düsseldorf, DRV-Schriften; Bd. 52, Sonderausgabe der DRV, Frankfurt, 551-555.
- Stineman, M., Tassoni, C.J., Escarce, J.J., Goin, J.E., Granger, C.V., Fiedler, R.C., Williams, S.V. (1997): Development of Function-Related Groups Version 2.0: A Classification System for Medical Rehabilitation, Health Services Research, 32 (4), 529-548.

Evaluation einer psychoedukativen sozialmedizinischen Therapieeinheit für chronische Schmerzpatienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation

Bischoff, C., Schultze, H., v. Pein, A., Limbacher, K.

Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim

Hintergrund

PatientInnen mit chronischen Schmerzen gelten in der psychosomatischen Rehabilitation als schwierig zu behandeln. Ursache dafür ist einerseits oftmals die Fixierung der Patienten auf ein organmedizinisches Krankheitsmodell, andererseits liegt bei dieser Patientengruppe häufiger als bei Patienten mit anderen Störungen eine sozialmedizinische Problematik vor. Nach bisherigen Untersuchungen ist die Variable „laufendes Rentenverfahren“ generell der bedeutsamste Prädiktor für therapeutischen Misserfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation (Kulick et al., 2001). Meist wird der Misserfolg ausschließlich als Konsequenz des Rentenbegehrens, d.h. eines Patientenmerkmals, interpretiert. Allerdings mangelt es an spezifischen Angeboten für Patienten mit vorrangig sozialmedizinischer Problematik.

Das dargestellte Projekt dient der Evaluation eines neu entwickelten sozialmedizinischen Therapiemoduls, bestehend aus Vortrag, Videopräsentation und interaktiver Arbeit an Fallbeispielen, das zum Ziel hat, die Vorgehensweise bei der Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungseinschätzung transparent zu machen und dadurch die Motivation der Patienten zur Teilnahme an der Rehabilitationsmaßnahme und das Rehabilitationsergebnis zu verbessern.

¹⁴ Denkbar wäre auch ein Zeitintervall von nur 14 Tagen. Diese Informationen liegen jedoch aufgrund des gewählten Studiendesigns nicht vor.

Methodik

Das Projekt wurde als kontrollierte, prospektive Studie realisiert. Die Evaluation bediente sich eines quasiexperimentellen, drei-faktoriellen Designs mit zwei Gruppenfaktoren (Faktor 1: Treatment: sozialmedizinische Intervention (ExGr) vs. Entspannungseinheit (KoGr); Faktor 2: mit vs. ohne laufendes Rentenverfahren) und - Faktor 3 - einem dreistufigen Messwiederholungsfaktor (stationäre Aufnahme, stationäre Entlassung, 6-Monats-Katamnese). Die Treatmentbedingungen wurden nach einem ABBA-Schema realisiert. Alle Patienten, mit denen der stationäre Bezugstherapeut die Behandlung der Schmerzstörung als wesentliches Ziel der stationären Rehabilitationsmaßnahme vereinbart hatten, wurden diesen Bedingungen sukzessive zugewiesen. Patienten beider Untersuchungsbedingungen nahmen an der störungsspezifischen Schmerzgruppe der Klinik, innerhalb deren die sozialmedizinische Einheit eingebettet war, teil und waren darüber hinaus in die Regelversorgung der Klinik eingebunden.

Über die drei Messzeitpunkte wurden als abhängige Variablen mit bewährten standardisierten Fragebogenverfahren gängige soziodemographische, symptomatologische und motivationale Merkmale erhoben.

Ergebnisse

Untersucht wurden 206 Patienten mit chronischen Schmerzstörungen ($N_{\text{ExpGr}}=100$; $N_{\text{KoGr}}=106$). Experimental- und Kontrollgruppe waren hinsichtlich wesentlicher Stichprobenkennwerte vergleichbar. Die sozialmedizinische Intervention fand bei allen Patienten unterschiedslos eine hohe Akzeptanz. ExGr-Patienten wissen nach der Intervention über sozialmedizinische Sachverhalte besser Bescheid als Patienten der KoGr. Die Reha-Maßnahme als ganze war - unabhängig von der Versuchsgruppenzugehörigkeit - hoch wirksam. Patienten mit laufendem Rentenverfahren profitierten - betrachtet man die absoluten Differenzwerte - vergleichbar günstig wie Patienten ohne laufendes Rentenverfahren. Entgegen unseren Erwartungen war bei den Patienten mit laufendem Rentenverfahren der Tripel-Interaktionseffekt nicht signifikant - die sozialmedizinische Intervention hatte bei den Patienten mit laufendem Rentenverfahren über die Messzeitpunkte hinweg keinen zusätzlichen (differenziellen) Therapieeffekt.

Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick

Vielleicht war es etwas vermessen zu erwarten, dass allein die sozialmedizinische Intervention etwas gegen das als schwer beeinträchtigend erlebte und bereits vom Rentenwunsch dominierte Krankheitsgeschehen der Patienten mit laufendem Rentenverfahren ausrichten kann. Trotzdem ist festzustellen, dass die Einheit „Sozialmedizin“ von den Patienten gut aufgenommen wurde. Uns erscheint es außerdem per se wertvoll, dass wir mit diesem Therapiebaustein einen Beitrag zur besseren Informiertheit des Patienten leisten. Die Intervention wird im Übrigen mittlerweile in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim allen interessierten Patienten unabhängig von ihrer Hauptbehandlungsdiagnose ein Mal im Monat angeboten.

Literatur

Kulick, B., Florian, L., Enge, D. (2001): Rentenantragsteller in der Rehabilitation - Eine Studie zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Rente“. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium.

Fehler bei der Blutdruckselbstmessung

Patyna, W.D. (1), Börsch, B. (1), Mitrovic, V. (2)

(1) Abteilung für Innere Medizin der Kurparkklinik Bad Nauheim, (2) Abteilung für Kardiologie der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Die Blutdruckselbstmessung gilt neben der Blutdrucklangzeitmessung als die wichtigste Methode zur Bestimmung von relevanten Blutdruckwerten (Little et al 2002). Die selbst gemessenen Blutdruckwerte korrelieren enger mit den hypertoniebedingten Organschäden als die Blutdruckwerte der Gelegenheitsmessung (Ohkubo et al 1998). Weiterhin kann der Erfolg einer medikamentösen Hochdruckbehandlung durch die Selbstmessung einfach und kostengünstig dokumentiert werden. Voraussetzung ist allerdings, dass der Blutdruck korrekt gemessen wird. Dazu müssen folgende Regeln beachtet werden (Deutsche Hochdruckliga 2002):

1. Der Messpunkt sollte in Herzhöhe liegen.
2. Der Messung sollte eine Ruhephase von mindestens 3 min. vorausgehen.
3. Die Messung sollte am Arm mit dem höheren Blutdruck erfolgen.
4. Die Manschettenbreite hat sich nach Handgelenk- bzw. Oberarmumfang zu richten.
5. Die morgendliche Messung sollte vor Einnahme der Antihypertensiva erfolgen.

Durch unsere Untersuchung wollten wir feststellen, inwieweit den Hochdruckkranken diese 5 Regeln zur Selbstmessung bekannt sind.

Methodik

An unserer Frageaktion nahmen Hochdruckkranke teil, die bereits vor der stationären Aufnahme die Blutdruckselbstmessung durchführten. Die Patienten erhielten einen Fragebogen zu den 5 Regeln. Nachdem 500 vollständig ausgefüllte Fragebogen vorlagen wurde die Untersuchung beendet.

Ergebnisse

Von den 500 Hypertonikern (127 Frauen, 373 Männer) benutzten 251 ein Oberarmgerät und 249 ein Handgelenkgerät zur Blutdruckmessung. 187 Patienten (37 %) waren durch Arzt, Apotheker oder medizinisches Hilfspersonal eingewiesen worden. 441 Hypertoniker (88 %) führten die Blutdruck-Selbstmessung links durch. Nur 192 Patienten (38 %) fanden den Arm mit dem höheren Blutdruck. 254 Hypertoniker (51 %) war bekannt, dass vor der Blutdruckmessung mindestens 3 min. Ruhe einzuhalten sind und 141 Patienten (28 %) wussten, dass die Blutdruckmanschette in Herzhöhe liegen muss. 20 Hochdruckkranke (4 %) waren darüber informiert, dass die Breite der Manschette vom Umfang des Oberarmes bzw. Handgelenkes abhängig ist. 161 Patienten (32 %) wussten, dass die morgendliche Messung vor Einnahme der blutdrucksenkenden Medikamente erfolgen sollte. Insgesamt waren nur 3 Patienten (0,6 %) in der Lage alle Fragen richtig zu beantworten. 97 Patienten (19 %) konnten

keine Frage richtig beantworten. In der Altersgruppe unter 40 Jahre fand sich die höchste Anzahl an falschen Antworten, während sie bei den über 70jährigen am niedrigsten war. Patienten, die in die Messtechnik eingewiesen wurden, zeigten keine wesentlich besseren Ergebnisse als die nicht eingewiesenen Hochdruckkranken.

Diskussion

Etwa 80 % aller Hochdruckkranken führen heute die Blutdruckselbstmessung durch. Eine klinische Verwertbarkeit der Werte ist nur dann gegeben, wenn der Patient die Messbedingungen kennt und einhält (Weber et al 1997). Am besten waren unsere Hypertoniker noch über die Dauer der Ruhephase vor der Blutdruckmessung informiert. Am wenigsten war die Beziehung zwischen Manschettenbreite und Umfang des Oberarmes bzw. des Handgelenkes bekannt. Dieser Punkt ist aber von geringerer Bedeutung, da die angebotenen Standardgrößen meistens passend sind. Die Mehrzahl kannte nicht den Arm mit dem höheren Blutdruck, trotzdem wurde meist links gemessen. Ursache dafür dürfte sein, dass die Mehrzahl der Hypertoniker Rechtshänder sind, für die die Messung am linken Arm einfacher ist. 2/3 der Hypertoniker wussten nicht, dass der Messpunkt in Herzhöhe liegen muss. Dieser Punkt ist besonders für Handgelenkmessungen von Bedeutung. Hypertoniker, die an dieser Stelle ihren Blutdruck messen, waren besonders gut unterrichtet. Nur jeder 3. Hochdruckkranke war darüber informiert, dass die morgendliche Blutdruckmessung vor der Medikamenteneinnahme erfolgen sollte, um hohe Blutdruckanstiege am Morgen - die von besonderer prognostischer Bedeutung sind - zu erfassen. So ist das Schlaganfallrisiko dieser Hypertoniker fast 3 x höher als bei Patienten mit normalen morgendlichen Blutdruckwerten (Kario et al 2003).

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Kriterien für eine korrekte Blutdruck-Selbstmessung den meisten Hypertoniker nicht bekannt sind. Es ist deshalb notwendig, den Hochdruckkranken intensiver zu schulen und in die Messmethode richtig einzuweisen, damit die Blutdruckselbstmessung nutzbringend eingesetzt werden kann.

Literatur

- Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks e. V. Deutsche Hypertonie Gesellschaft: Bluthochdruck - Empfehlung für Betroffene. Heidelberg: HVA Graphische Betriebe GmbH 2002, 4 – 14.
- Kario, K. Pickering, T.G., Umeda, Y. et al. Morning surge in blood pressure as a predictor of silent and clinical cerebrovascular disease in elderly hypertensives : a prospective study. *Circulation* 2003, 107, 1401 – 1406.
- Little, P., Barnett, J., Barnsley, L. et al.: Comparison of agreement between different measures of blood pressure in primary care and day time ambulatory blood pressure. *BMJ* 2002, 325, 254 – 259.
- Ohkubo, T., Imai, Y., Tsugi, I. et al. : Home blood pressure measurement has a stronger predictive power for mortality than does screening blood pressure measurement: a population based observation in Ohasama, Japan. *J. Hypertens* 1998, 16, 971 - 975
- Weber, F., Philipp, T.H.: Selbstmessung des Blutdrucks. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 1997, 122, 335 - 338

Interdisziplinäre Leitlinie zur stationären Rehabilitation von Mammakarzinom-Patientinnen

Weis, J., Domann, U., Bartsch, H.H.

Klinik für Tumorbologie Freiburg

Hintergrund

Im Zuge der Bestrebungen der Qualitätssicherung und der Anforderungen einer evidenzbasierten Medizin kommt der Erstellung von Leitlinien eine zunehmende Bedeutung zu. Die Ziele von Leitlinien in der Rehabilitation bestehen in der systematischen Darstellung des vorhandenen Wissens hinsichtlich der Effektivität differenzierter Therapiemaßnahmen, in der Implementierung von evidenzbasierten Therapiemodulen sowie der Ermöglichung von Transparenz im Prozess der Rehabilitation. Leitlinien dienen somit auch als Entscheidungshilfen bei der Behandlung von Patienten/innen.

Im Bereich der Rehabilitation wird seit 1998 von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) ein Leitlinienprogramm zur Erstellung von Prozess-Leitlinien in der Rehabilitation gefördert (Korsukéwitz, 2003). Das Forschungsprojekt zur systematischen Entwicklung einer Leitlinie für die Rehabilitation von Mammakarzinom-Patientinnen wurde als jüngstes Projekt dieser Reihe Anfang des Jahres 2004 gestartet.

In Deutschland ist das Mammakarzinom mit jährlich ca. 47.500 Neuerkrankungen die häufigste Tumorerkrankung bei Frauen. Zugleich stellen Frauen mit Brustkrebs in der stationären onkologischen Rehabilitation die größte Teilgruppe dar. Vor diesem Hintergrund wurde das Mammakarzinom exemplarisch ausgewählt, um die Evidenz der Interventionen in der onkologischen Rehabilitation systematisch zu analysieren und entsprechende Leitlinien zu entwickeln.

Methodik

In der Phase 1 des Projektes wurde eine systematische Literaturanalyse zur Identifizierung evidenzbasierter Therapieempfehlungen rehabilitativer Interventionen in allen Therapiebereichen erstellt. Die umfangreichen Literaturrecherchen führten zu einer Identifikation und Definition von relevanten Therapiemodulen, die erwartungsgemäß auf unterschiedlichen Stufen der Evidenzbasierung einzuordnen sind. Darüber hinaus wurden die bereits existierenden nationalen und internationalen Leitlinien im Hinblick auf ihren Bezug zur Rehabilitation geprüft. Eine systematische Analyse nationaler (z. B. Kreienberg et al., 2004) und internationaler Leitlinien (z. B. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer, 2003) machte deutlich, dass das komplexe Geschehen und die Prozessabläufe in der Rehabilitation nur ungenügend abgebildet werden und daher die Entwicklung einer spezifischen Leitlinie für die Rehabilitation notwendig ist.

In der Phase 2 des Projektes wurden im Sinne eines Soll-Ist-Abgleichs die tatsächlich erbrachten Leistungen, anhand der KTL-Analyse, mit den definierten Therapiemodulen abge-

glichen. Die aus der Literatur definierten Therapiemodule wurden mit den zugeordneten KTL-Codes verglichen.

Ergebnisse

Patientinnen mit Mammakarzinom sind entsprechend der epidemiologischen Bedeutung sowohl unter medizinischen als auch psychosozialen Aspekten sehr häufig untersucht worden, so dass die Literatur dementsprechend umfangreich ist. Aus einigen tausend Literaturangaben wurden 200 Artikel identifiziert, die sich als relevant für die Interventionen in der Rehabilitation darstellten. Hierbei wurden Studien, die sich mit Fragen der Diagnostik befassen, zunächst ausgeschlossen. Die ausgewählten Studien wurden systematisch analysiert und entsprechend den Evidenzgraden (Oxford Level LOE I - V) evaluiert. Auf Grund der Analysen in Phase 1 lassen sich für die Rehabilitation des Mammakarzinoms folgende evidenzbasierte Therapiemodule identifizieren: Psychologische Interventionen, Kreativtherapie, Information und Schulung, Ernährung, Massage und Lymphdrainage, Sport- und Bewegungstherapie. Diese Module können den bestehenden KTL-Codes eindeutig zugeordnet werden. Von 25.716 Frauen, die mit Erstdiagnose C50=Brustkrebs kodiert waren und die sich im Jahr 2003 einer Reha-Maßnahme unterzogen hatten, wurden die dokumentierten Daten zur Auswertung herangezogen. Jeder Patientin waren ca. 25 unterschiedliche KTL-Codes zugeordnet, deren Leistungsanzahl sowohl intra- als auch interpersonell stark variierte.

Diskussion

Die Auswertung ergab in den einzelnen Therapiemodulen eine hohe Variabilität zwischen den Kliniken, die wahrscheinlich auf der unterschiedlichen Angebotsvielfalt in den Kliniken beruht. Ferner finden sich Hinweise darauf, dass Fragen der differentiellen Indikationsstellung nicht hinreichend geklärt sind. Aufgrund dieser hohen Variabilität sind evidenzbasierte Handlungsempfehlungen dringend erforderlich.

Literatur

Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer (2003): NHMRC, National Breast Cancer Centre, Australia.

Clinical practice guidelines for the management of early breast cancer (2001): NHMRC, National Breast Cancer Centre, Australia.

Clinical practice guidelines for the management of advanced breast cancer (2001): NHMRC, National Breast Cancer Centre, Australia.

Korsukéwitz, C., Rose, S., Schliehe, F. (2003): Zur Bedeutung von Leitlinien für die Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 42(2), 67-73.

Kreienberg, R., Kopp, I., Lorenz, W., Budach, W. et al. (2004): Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms der Frau. Zuckschwerdt München.

Weis, J., Bartsch, H.H. (2004): Entwicklung von Leitlinien der Rehabilitation von Patientinnen nach Mammakarzinom. *DRV*, 52, 288-289.

Reha-Leitlinien Diabetes. Assessment – Reha-Prozess – Nachsorge

Schwaab, U. , Raspe, H.

Institut für Sozialmedizin, Lübeck

Einleitung

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 gewinnt die Behandlung dieser chronischen Erkrankung ebenso wie der Umgang mit Folgeerkrankungen und Komplikationen zunehmend an Bedeutung. Die Ergebnisse der KORA-Studie belegen, dass die Anzahl derjenigen Patienten mit einem bislang nicht diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 2 annähernd so groß ist wie die Zahl der Patienten mit einem bekannten Diabetes mellitus Typ 2. In Kenntnis der enormen volkswirtschaftlichen Belastung, die durch diese Erkrankung entsteht, werden mit Nachdruck effektive Maßnahmen zur Primär – und ebenso zur Sekundär- und Tertiärprävention gefordert. Das Leitlinienprojekt der BfA hat die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien für die Rehabilitation von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 zum Ziel. Im Zentrum der Leitlinie steht der Reha-Prozess, berücksichtigt werden zudem initiales Assessment und Nachsorgeplanung.

Material und Methode

In Phase 1 und 2 des Projektes wurden rehabilitationsrelevante Empfehlungen aus nationalen und internationalen Leitlinien zusammen getragen. Die diabetesspezifischen Bestandteile der „Klassifikation therapeutischer Leistungen“ (KTL) der BfA, die sich in diesen Leitlinien wiederfinden, wurden in 9 Therapiemodulen zusammengefasst. Vorausgegangen war eine Datenanalyse aus den Entlassungsbriefen von über 9000 Rehabilitanden mit Diabetes mellitus, die in Einrichtungen der BfA in den Jahren 2000 und 2001 behandelt worden waren.

Ergebnisse

Derzeit existieren keine Leitlinien für die medizinische und beruflichen Rehabilitation von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2. Basierend auf den Vorarbeiten aus der Phase 1 und 2 des Projektes (Ganten, J.U., Raspe, H.) und der mit Hilfe der BfA entwickelten Indikationsleitlinie zur Identifizierung des Reha-Bedarfs bei DMP-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 wird nun in Phase 3 eine Nachrecherche der Primär- und Sekundärliteratur inklusive Leitlinien von 08/2002 bis 12/2004 durchgeführt und eine evidenzbasierte Leitlinie für die multimodale Rehabilitation von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 entwickelt. Die Leitlinie beinhaltet ein initiales Assessment als Grundlage für ein individualisierendes Rehabilitationskonzept. Die Ausgestaltung des Reha-Settings und der Therapiemodule erfolgt anhand evidenzbasierter Empfehlungen aus der Literatur (Evidenzberichte, systematische Reviews, Leitlinien, ergänzend Originalarbeiten). Sofern keine validen Studienergebnisse zu relevanten rehabilitativen Elementen vorliegen, werden Expertenmeinungen auf der Basis einer systematischen postalischen Befragung im Konsensverfahren erarbeitet. Die Entwicklung eines Abschlussassessments und die Erarbeitung eines Nachsorgeplans zur Verringerung der Schnittstellenproblematik nach Beendigung der Rehabilitation sind weiterführende Inhalte dieser Leitlinienentwicklung. Darüber hinaus sollen Standards für die Behandlungsdichte und –intensität erarbeitet werden.

Schlussfolgerung und Ausblick

Reha-Einrichtungen verfügen über hochqualifizierte multiprofessionelle Teams und eine hochspezialisierte Infrastruktur, die die vielfältigen Aufgaben im Management der Rehabilitation von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erfüllen können. Bereits existente und in der Entwicklung stehende Handlungsvorgaben und „best-practice-Modelle“ sollen genutzt und in diese Leitlinie einbezogen werden. Diese Leitlinie soll die Integration der Rehabilitation in das vom Sachverständigenrat geforderte langfristige Behandlungskonzept für chronisch Kranke, Disease Management Programm (DMP), unterstützen.

Literatur

- Ganten, J.U., Raspe, H. (2003): Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Diabetes mellitus vor dem Hintergrund evidenzbasierter Behandlungsleitlinien: Eine Evaluation auf der Basis von Routinedaten der BfA. *Rehabilitation*, 42, 94-108.
- Gaede, P., Vedel, P. et al. (1999): Intensified multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: the Steno type 2 randomised study. *Lancet*, 353, 617-622.
- Dodt, B., Peters, A. et al. (2002): Reha-Score für Typ-2-Diabetes mellitus: Ein Instrument zur Abschätzung des Rehabilitationsbedarfs. *Rehabilitation*, 41, 237-248.

Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation bei Rückenschmerzpatienten - Ergebnisse einer Panelbefragung

Gülich, M. (1), Klein, K. (1), Brüggemann, S. (2), Klosterhuis, H. (2), Jäckel, W.H. (1,3)

⁽¹⁾ Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin,

⁽²⁾ Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin, ⁽³⁾ Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Ziel des BfA-initiierten Projektes ist die Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie für die Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Das Projekt ist in mehrere Phasen gegliedert:

- Systematische Analyse von vorhandenen nationalen und internationalen Leitlinien
- Analyse der derzeitigen Versorgungssituation in der Rehabilitation
- Konkretisierung der Struktur- und Prozessmerkmale von Therapiemodulen
- Befragung eines Expertenpanels von klinisch tätigen Ärzten und Therapeuten
- Formulierung der Leitlinie in einen strukturierten Expertenkonsens unter Einschluss der Ergebnisse aus den Schritten 1-4

Die systematische Analyse internationaler Leitlinien zeigte, dass eine einfache Adaptation einer bestehenden Leitlinie an die Anforderungen in der medizinischen Rehabilitation - im Sinne eines „local tailoring“ - aufgrund von methodischen und inhaltlichen Defiziten nicht möglich war (Ollenschläger et al., 1998; ÄZQ, AWMF, 2001). Die Neuentwicklung einer Leitlinie ist somit erforderlich (Gülich et al., 2002). Trotz der bestehenden Defizite der eruierten Leitlinien konnten entscheidende Merkmale für die adäquate Versorgung in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen abgeleitet werden. In einem weiteren Schritt wurde anhand von dokumentierten KTL-Leistungen die aktuelle Versorgungssituation

in 27 Rehabilitationskliniken analysiert. Die Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen erfolgte in den untersuchten Kliniken nach einer multimodalen, multiprofessionellen Behandlungsstrategie. Es wurde beim Vergleich der einzelnen Rehabilitationskliniken allerdings eine sehr große Variabilität im Leistungsgeschehen offensichtlich, die nicht mit dem Patientencasemix zu erklären war (Gülich et al., 2003). Dieses hohe Maß an Variabilität des Leistungsgeschehens zeigte auf, dass der Entwicklung und Implementierung einer Leitlinie für die Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen eine hohe Priorität zukommt. Aus den untersuchten Leitlinien ließen sich zwar Behandlungsempfehlungen ableiten, aber selbst bei einer zentralen Empfehlung wie der Trainingstherapie mangelte es an dezidierten Struktur- und Prozessvorgaben. Diese sind notwendig, um in der zu erstellenden Leitlinie konkrete „Behandlungskorridore“ festzulegen. Hierzu wurden in Medline, Embase und Cochrane Controlled Trials Register (CCTR) nach Studien zu den oben beschriebenen Therapiemodulen recherchiert und Prozessvorgaben exzerpiert. Im weiteren Projektverlauf wurden Vertreter von Fachgesellschaften, klinisch tätige Ärzte und Therapeuten sowie Institutionen aller am Behandlungsprozess beteiligten Professionen befragt. Der Erhebungsbogen enthielt - getrennt nach den Therapiemodulen (Gülich et al., 2003) Fragen u.a. zu Inhalten, Umfang (zeitliche Dauer und Frequenz), Art der Applikation (Einzel- und/oder Gruppenbehandlung), Relevanz der Therapiemodule. In das Expertenpanel wurden insgesamt 66 Kliniken (Zufallsauswahl aller aktuell von der BfA belegten MSK-Kliniken, geschichtet nach ambulanter und stationärer Versorgung) sowie 32 Institutionen (Fachgesellschaften, Berufsverbände u.ä.) einbezogen. Insgesamt haben 65 % aller Befragten auswertbare Fragebögen retourniert. Als essentielle Bestandteile in der Behandlung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen wurden die Therapiemodule „Trainingstherapie“ (93,2 % Zustimmung), „Krankengymnastik (ohne MTT)“ (91,4 %), „Schulung“ (88,1 %) und „Psychologische Verfahren“ (67,8 %) angesehen und spiegeln damit die internationalen Erkenntnisse, wie sie in Cochrane Reviews zusammengefasst werden, recht gut wider. Die Therapiemodule „Massage“ (42,1 %), „Physikalische Therapie“ (40,4 %), „Sozial- u. Berufsberatung“ (34,5 %), „Ergotherapie“ (32,7 %) und „Elektrotherapie“ (27,8 %) hingegen wurden in deutlich geringerem Umfang als essentielle Therapiebestandteile sondern vielmehr als ergänzende Therapieangebote angesehen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen somit eine recht gute Konsistenz von klinischer Erfahrung und Evidenzlage. Auch geben die Bewertungen der einzelnen Therapieinhalte und die Frequenz, in dem die Therapiemodule ausgestaltet werden sollten, wertvolle Hinweise für eine expertengestützte Leitlinienentwicklung. Die Ergebnisse der bisherigen Arbeiten (Literaturexzerpierung, Analyse der Versorgungssituation und Panelbefragung) werden die wesentliche Grundlage für die Leitlinienentwicklung im Expertenkonsensus darstellen.

Literatur

- Ollenschläger, G., Helou, A., Kostovic-Cilic, L., Perleth, M., Raspe, H.H., Rienhoff, O., Selbmann, H.K., Oesingmann, U. (1998): Die Checkliste zur methodischen Qualität von Leitlinien. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. (ZaeQF) 92, 191-194.
- AWMF und ÄZQ (2001): Das Leitlinienmanual von AWMF und ÄZQ. Z. ärztl. Fortbild. Qual. sich. (ZaeQF). 95, Suppl. I.
- Gülich, M., Engel, E.M., Klosterhuis, H., Jäckel, W.H. (2002): Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation bei Rückenschmerzpatienten: In: 11. Rehabilitationswissenschaftliches

Kolloquium. Teilhabe durch Rehabilitation. Hrsg. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2002. DRV-Schriften, Band 33, 527-529.

Gülich, M., Engel, E.M., Rose, S., Korsukéwitz, C., Klosterhuis, H., Jäckel, W.H. (2003): Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation bei Rückenschmerzpatienten. 2. Phase: Ergebnisse einer Analyse von KTL-Daten. Die Rehabilitation. 42, 109-117.

Betriebliches Eingliederungsmanagement gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX - eine Herausforderung für Sozialversicherer und Leistungserbringer

Mehrhoff, F.

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin

Seit dem 1. Mai 2004 haben Arbeitgeber zu klären, wie Arbeitnehmer mit einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen wieder in den Betrieb integriert werden können (betriebliches Eingliederungsmanagement). Mit dieser Vorgabe erhalten Arbeitgeber und Rehabilitationsträger die Chance, durch ein pro-aktives Handeln Chronifizierungen von Krankheiten und damit Schwerbehinderungen zu vermeiden. An dieser Strategie, Arbeitsplätze von Arbeitnehmern mit erworbenen Behinderungen zu erhalten, sollten sich auch die Leistungserbringer in der sozialen Sicherung beteiligen. Die Möglichkeiten und Erfahrungen werden aus der Sicht der Versicherer gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten vorgetragen. Dieser Versicherungszweig verfügt über einen engen Betriebsbezug. Dabei wird das internationale Konzept eines Disability Management berücksichtigt. Auf der Grundlage eines Leitfadens der ILO (Genf) hat der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften ein Bildungsangebot und die Zertifizierungsrechte für Disability-Manager erworben ebenso wie ein Audit für Unternehmen, die eine Zertifizierung ihres Engagements im betrieblichen Eingliederungsmanagement anstreben. Diese Zertifizierung bildet die Grundlage für Prämien und Beitragsnachlässe der gesetzlichen Versicherer, z. B. gemäß § 84 Abs. 4 SGB IX.

Literatur

Mehrhoff, F. (Hrsg.) (2003): Disability Management-Strategien, Gentner-Verlag.

Interventionsprogramm für präventive Maßnahmen bei Beschäftigten mit Rückenschmerzen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Giese, R.

Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung, Universität Hamburg

Rückenschmerzen bzw. Rückenerkrankungen unter den Beschäftigten sind laut Statistik nicht nur einer der häufigsten Anlässe für Krankmeldungen, sondern führen auch zu einer relativ hohen Anzahl an AU-Tagen und sind eine der häufigsten Ursachen für Frühberentungen (vgl. u.a. Ahrens et al., 2003; Bürger, 2004). Wissenschaftliche Studien machen deutlich, dass eine frühzeitige Intervention im Rahmen betrieblicher Programme zur Gesundheitsförderung das Risiko chronischer Erkrankungen verringern und damit einem Arbeitsplatzverlust vorbeugen kann (vgl. u.a. Meuser, 2004). Für Beschäftigte, die an Reha-Maßnahmen teilnehmen, zeigen wissenschaftliche Untersuchungen, dass die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen unklar ist und die

Wahrscheinlichkeit an den Arbeitsplatz zurückzukehren mit andauernden AU-Zeiten immer geringer wird (Hüppe et al., 2003; Weber, 2002). Deshalb wird seit längerem eine stärkere Anbindung der Rehabilitation an die betriebliche Situation gefordert (vgl. u.a. Patzelt et al., 2004). Die Machbarkeitsstudie „Case Management in der Rehabilitation“ unter der Federführung der Universität Hamburg steht in diesem Spannungsfeld von klassischer medizinischer und beruflicher Rehabilitation und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die zunehmend an Bedeutung gewinnt. Ein wesentliches Ziel dieser Studie ist es, zu prüfen, ob ein betriebsnahes Interventionsprogramm (z.B. als Case Management-Konzeption) sinnvoll ist, indem frühzeitig, medizinische wie arbeitsplatzbezogene Handlungsbedarfe bei Beschäftigten mit Rückenschmerzen ermittelt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Ein frühzeitiges und integratives Vorgehen wurde im Rahmen dieser Studie modellhaft mit Unterstützung der beiden Energie-Unternehmen E.ON Hanse und HEW, sowie der Energie BKK, dem Berufsförderungswerk Hamburg und dem BAD erprobt. Für die Studie berücksichtigt wurden Beschäftigte beider Unternehmen, die wegen Rückenschmerzen in den letzten vier Jahren mindestens 15 AU-Tage hatten und nicht älter als 52 Jahre waren. Neben einer postalischen Befragung der Beschäftigten wurden eine betriebsärztliche Untersuchung sowie Arbeitsplatz-Analysen durchgeführt. Als ein zentrales Ergebnis der Studie lässt sich festhalten, dass ein betriebsorientiertes Früherkennungssystem für Beschäftigte mit Rückenschmerzen sinnvoll und notwendig ist. Bei den Beschäftigten, die an einer betriebsärztlichen Untersuchung teilgenommen haben, ist in über 90 % der Fälle Handlungsbedarf gegeben. Dabei geht es in den meisten Fällen um Maßnahmen wie Krankengymnastik, Wirbelsäulengymnastik oder (Rücken-) Muskeltraining. Ein weiteres zentrales Ergebnis ist, dass sich der Ansatz einer integrativen Bedarfsermittlung mit Unterstützung des Assessment-Instruments „IMBA“ bewährt hat. Für über 50 % der untersuchten Arbeitsplätze konnten ergonomisch-relevante Defizite festgestellt werden und in einem Unternehmen ergab die Analyse mit IMBA, dass für fast ein Drittel der an der Untersuchung beteiligten Beschäftigten ein Arbeitsplatzwechsel empfehlenswert ist. Ein drittes wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass auf die individuelle Situation eingehende Maßnahmen im Sinne der Verhaltensprävention ebenso notwendig sind, wie im Betrieb zu treffende Maßnahmen im Sinne der Verhältnisprävention. Es wurde anhand der über die AU-Zeiten selektierten Beschäftigten ein breites Spektrum an Arbeitsplätzen untersucht, dass in Kombination mit den Unterschieden in der medizinischen Diagnose und der Lebenssituation der Beschäftigten die hohe Ausdifferenzierung der Bedarfslagen in den Betrieben deutlich macht. Als viertes zentrales Ergebnis lässt sich festhalten, dass ein kooperatives Assessment im Sinne der Beteiligung von betriebsinternen und externen Experten einerseits den Abstimmungsaufwand erhöhen, andererseits aber auch qualitätssichernde Effekte erzeugen kann. Aus den Studienergebnissen leitet sich ab, dass ein betriebsnahes Interventionsprogramm sinnvoll ist und darüber hinaus primärpräventive Maßnahmen, z.B. in Form von regelmäßigem Rückentraining oder individueller arbeitsplatzbezogener Ergonomieberatung und -schulung, für alle Beschäftigten zu empfehlen sind. Das zur Zeit erarbeitete betriebsorientierte Interventionsprogramm beinhaltet die Module: Früherkennung, integrierte Bedarfsermittlung, integrierte Maßnahmenplanung, Intervention/Monitoring und Dokumentation/Evaluation. Die konkrete Ausarbeitung von Empfehlungen für dieses Interventionsprogramm wird zur Zeit von einem Expertenteam durchgeführt und bis Ende 2004 abgeschlossen.

Literatur

- Ahrens, D., Schott, T. (2003): Arbeitsbedingte Erkrankungen und betriebliches Gesundheitsmanagement - eine betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Betrachtung. Expertise für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitsförderung“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler Stiftung.
- Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler Stiftung (Hrsg.) (2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik, Vorschläge der Expertenkommission.
- Bürger, W. (2004): Stufenweise Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation - Teilnehmer, Durchführung, Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. Die Rehabilitation 43, 152-161.
- Hüppe, A., Raspe, H. (2003): Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980-2001. Die Rehabilitation 42, 143-154.
- Meuser, T. (2004): Die ökonomischen Wirkungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Kuhn, D., Sommer, D.(Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung, Wiesbaden 2004.
- Patzelt, C., Weber, A. (2004): Teilhabe am Arbeitsleben durch Prävention und medizinische Rehabilitation. Die Rehabilitation 43, 179-183.
- Weber, A. (2002): Behinderte und chronisch kranke Menschen - „Problemgruppen“ auf dem Arbeitsmarkt? Münster.

Arbeitsplatzanalyse der Briefzustellung per Fahrrad bei der Deutschen Post AG

Wilke, C. (1), Froböse, I. (1), Tautz, A. (2), Alles, T. (3), Czarny, M. (3), Nellessen, G. (3)

(1) Institut für Rehabilitation und Behindertensport der Deutschen Sporthochschule Köln, (2) Deutsche Post AG, (3) Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation, Deutschen Sporthochschule Köln

Die individuelle Leistungsfähigkeit eines Arbeitnehmers in Bezug zu den Anforderungen seines Arbeitsplatzes sind die entscheidenden Faktoren für die optimale und effiziente Erfüllung einer berufsspezifischen Aufgabe. Stimmen die Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht mit den Fähigkeiten des Arbeitnehmers überein, kommt es langfristig zu einer Überforderung des Arbeitnehmers mit gesundheitlichen Folgen oder zu einer nicht suffizienten Erfüllung der Pflichten. Folgen sind in der Regel erhöhte Kosten für den Arbeitgeber, unter anderem bedingt durch hohe Krankenstände, Fehlzeiten und Arbeitsunfähigkeit (Badura et al., 2001; Zangemeister & Nolting, 1999). Um Überforderungen vorzubeugen ist es daher notwendig, dass sich die Anforderungen und Bedingungen des Arbeitsplatzes und die Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers möglichst entsprechen. Zur Beurteilung der Übereinstimmung dieser Parameter muss zum einen die Arbeitssituation bewertet und müssen die Anforderungsparameter herausgearbeitet werden. Zum anderen gilt es, die individuelle Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer zu erfassen und beide Komponenten zueinander in Bezug zu setzen (Nellessen, 2002). Die Deutsche Post AG hat einen entsprechenden Handlungsbedarf in dem Berufsfeld der „Fahrradzustellung“ erkannt, es soll eine Analyse dieses Arbeitsplatzes durchgeführt werden. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, eventuell be-

stehende Überbeanspruchungen der Arbeitnehmer zu erkennen und sie langfristig zu vermeiden.

Methode

Zur Umsetzung dieses Ziels werden die folgenden Parameter mit den aufgeführten Methoden erfasst:

- Beanspruchungsmessungen im Feld mit ausgewählten Parametern der Leistungsdiagnostik (Ergometertests mit Laktat-, Herzfrequenz-, Blutdruck und Leistungsmessungen (in Watt)) (n = 17).
- Anforderungs- und Fähigkeitsprofile mit IMBA (Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt; Profilvergleichs- und Dokumentationsverfahren; IMBA 2004) (n = 43).
- Subjektive Beanspruchung (Anamnese, Selbsteinschätzung; n = 107).

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die 43 Anforderungsprofile wurden in den Städten Braunschweig (9), Dresden (10), Düsseldorf (7), Frankfurt (Offenbach) (11), München (3) und Tübingen (3) erhoben. Die Erhebung der Anforderungen in den unterschiedlichen Zustellbezirken hat ergeben, dass sich die Resultate einiger Merkmalkomplexe (Information, Umgebungseinflüsse, Arbeitssicherheit, Arbeitsorganisation und Schlüsselqualifikation, IMBA, 2004), für alle untersuchten Bezirke sehr ähneln. Die relevanten Merkmale dieser Komplexe stellen maximal „durchschnittliche“ Anforderungen an die Zusteller (IMBA, 2004). Zusätzlich zu den allgemeingültigen Merkmalen haben sich im wesentlichen 3 Kategorien von Zustellungsprofilen herauskristallisiert, in die sich die 43 erhobenen Anforderungsprofile aufteilen lassen:

Kategorie I: Gesamtstrecke kürzer als 10 km/überwiegend flach mit kurzen, flachen Anstiegen (n=19).

Kategorie II: Gesamtstrecke länger als 10 km/überwiegend flach mit kurzen, flachen Anstiegen (n=15).

Kategorie III: Gesamtstrecke länger als 10 km/hügelig mit kurzen und längeren Anstiegen (n=9).

Insgesamt sind die Anforderungen in allen Kategorien als „durchschnittlich“ zu bezeichnen. Lediglich vereinzelt stellen bestimmte Merkmale „hohe“ Anforderungen, dazu gehören das Gleichgewicht (Kategorie I, II, III) und, bei den längeren Strecken (Kategorie II und III), die physische Ausdauer sowie die Bein- und Fußbewegung (IMBA, 2004). Die Resultate der 107 subjektiven Beanspruchungseinschätzungen zeigen, dass die Probanden sich bei der Arbeit weder unter- noch überfordert fühlen. Bei den Beanspruchungsmessungen im Feld (n=17) zeigt sich für alle getesteten Fahrradzusteller, dass die Herzfrequenzen während des gesamten Arbeitstages in einem Bereich liegen, der in nahezu allen Fällen unterhalb der empfohlenen Trainingsherzfrequenz liegt. Auch die durchschnittlichen Laktatwerte weisen darauf hin, dass die körperliche Belastung der Fahrradzusteller während der Arbeit im Zustellbezirk nicht so hoch ist, dass von einer „zu hohen“ Belastung während des Arbeitstages ausgegangen werden kann. Die Zusteller sind nach den vorliegenden Resultaten körperlichen Belastungen ausgesetzt, die ohne weiteres über einen längeren Zeitraum, beispielsweise einen 8-stündigen Arbeitstag, ausgeführt werden können, ohne dass es zu Überbelastungserscheinungen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems, die auf die Tätigkeit wä-

rend des Zustellens zurückzuführen sind, kommen kann. Die Wattleistungen, welche die Zusteller während des Fahrradfahrens erbringen, erreichen in den meisten Fällen nicht das im Rahmen der Ergometertests im Labor ermittelte mögliche Maximum. Die Zusteller sind in der Lage, eine weitaus höhere Leistung auf dem Fahrrad zu erbringen als alltäglich von ihnen gefordert wird. Das Radfahren im Rahmen ihrer Arbeitsaufgabe stellt entsprechend keine zu hohe Anforderungen an sie.

Literatur

- Badura, B., Münch, E., Ritter, W. (2001): Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik. Fehlzeiten durch Motivationsverlust. 4. aktualisierte Auflage, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- IMBA (2004): Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt. www.imba.de. Stand: 20.10.2004.
- Nellessen, G. (2002): Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik - zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung. Berlin: Mensch & Buch Verlag.
- Zangemeister, C., Nolting, H.D. (1999): Kosten-Wirksamkeits-Analyse im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Einführung und Leitfaden für die betriebliche Praxis. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderschrift, 44, 3. Auflage.

Berufliche Gratifikationskrisen als Prädiktor der Arbeitsunfähigkeitszeiten

Dietsche, S., Morfeld, M., Bürger, W., Koch, U.

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie; Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund und Fragestellung

Ein Maß zur Messung von Belastungen am Arbeitsplatz stellt das von Siegrist entwickelte Modell der beruflichen Gratifikationskrisen dar. Dieses beschreibt Belastungen am Arbeitsplatz als Missverhältnis zwischen hoher Verausgabung und geringer Belohnung (Siegrist, 1995, 1996). Das entsprechende Instrument erfasst Zustimmung oder Ablehnung zu Aussagen, die einerseits die beruflichen Anforderungen beschreiben und andererseits die Belohnung durch die Arbeit hinsichtlich Finanzen, Status, Selbstwert und Sicherheit des Arbeitsplatzes. Mit den vorliegenden Auswertungen soll kontrolliert werden, inwieweit die so erhobenen Gratifikationskrisen ein Prädiktor für krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten sind.

Hierfür soll zunächst deskriptiv beschrieben werden, bei wie vielen Studienteilnehmern eine Gratifikationskrise vorliegt. In einem zweiten Schritt soll dann analysiert werden, ob das Ausmaß beruflicher Gratifikationskrisen ein Prädiktor für a) das Ausmaß der krankheitsbedingten Fehlzeiten vor und nach der Reha und b) die relative Veränderung der Fehlzeiten ist.

Methodik

Für die Auswertungen liegen Daten aus zwei Studien vor. Die Evaluation des Programmes „...mobil mit Otto!“ beschreibt die Wirksamkeit eines Präventions- und Rehabilitationspro-

gramms bei der Otto GmbH (Dietsche et al., 2004). Zusätzlich kann auf Daten einer Wirksamkeitsanalyse einer zusätzlichen kognitiv-verhaltens-therapeutischen Behandlung in einer Anschlussrehabilitation erstmals bandscheibenoperierter Patienten zurückgegriffen werden (Morfeld et al., 2004). Neben den Gratifikationskrisen liegen für beide Stichproben Daten zu den AU-Zeiten sowie zur Soziodemographie und zum Gesundheitszustand vor. Insgesamt können n=259 Fällen verwendet werden. Mit linearen Regressionsanalysen sollen verschiedene potenzielle Prädiktoren auf ihren Einfluss auf die Fehlzeiten untersucht werden. Um den Aufklärungsgehalt der Gratifikationskrisen im Vergleich zu anderen Variablen (z.B. Alter, Geschlecht, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Gesundheitszustand) einschätzen zu können, werden alle Variablen in einem Modell regressionsanalytisch auf ihren Einfluss geprüft.

Ergebnisse

Die Auswertungen zeigen, dass ausgeprägte berufliche Gratifikationskrisen in beiden Stichproben mit 6 % bzw. 9 % vergleichsweise selten sind. Das Ausmaß der beruflichen Gratifikationskrise erklärt keine bzw. kaum Varianz der Fehlzeiten vor der Maßnahme. Die Fehlzeiten nach der Maßnahme können in einem deutlich größeren Maß aufgeklärt werden (Varianzaufklärung durch das Modell: 19 %), die Gratifikationskrise ist dabei der stärkste Prädiktor. Die Veränderung der Fehlzeiten im Vergleich vor und nach der Maßnahme ist durch die Regressionsanalysen kaum zu erklären. In allen drei Modellen gehört die Gratifikationskrise aber zu den aufklärungsstärksten Variablen, mit einem deutlich größeren Einfluss als soziodemografische Variablen und der Gesundheitszustand.

Diskussion und Ausblick

Nachdem sich in den ersten Auswertungen gezeigt hat, dass berufliche Gratifikationskrisen durchaus ein Prädiktor für Arbeitsunfähigkeitszeiten sind, soll in weiteren Auswertungen nun geklärt werden, warum insbesondere die AU-Zeiten nach der Maßnahme durch die Gratifikationskrise vorhergesagt werden können. Außerdem soll untersucht werden, inwieweit die Gratifikationskrisen ihrerseits durch Bedingungen des Arbeitsplatzes und Persönlichkeitsmerkmale aufgeklärt werden können.

Literatur

- Dietsche, S., Morfeld, M., Bürger, W., Koch, U. (2004): Evaluation des betrieblichen Präventions- und Rehabilitationsprogramms "...mobil mit Otto!" In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). Selbstkompetenz - Weg und Ziel in der Rehabilitation, DRV-Schriften, Band 52, Frankfurt: VDR, S. 188-189.
- Morfeld, M., Möller, J.U., Höder, J., Fox, N., Hofreuther, K., Koch, U. (2004): Optimierung des Rehabilitationserfolges erstmals bandscheibenoperierter Patienten durch ein ergänzendes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). Selbstkompetenz - Weg und Ziel in der Rehabilitation, DRV-Schriften, Band 52, Frankfurt: VDR, S. 458-459.
- Siegrist, J. (1995): Medizinische Soziologie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Siegrist, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe.

„Gesundheitsförderung und Stressmanagement am Arbeitsplatz“ - Ein psychologisches Gesundheitsseminar für Beschäftigte in der Pflege mit Verdacht auf berufsbedingte Hauterkrankungen

Zeh, A.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Einleitung

Allgemein anerkannt ist heute die Verbindung zwischen psychischer Belastung - Stress - und Hauterkrankung. Der Zusammenhang kann in zweifacher Hinsicht als gesichert gelten. Zum einen wirken psychische Komponenten auf die Krankheitsentstehung und zum anderen auf die Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung ein. Vor diesem Hintergrund wurden 2002 die bestehenden Präventionsmaßnahmen der BGW für berufsbedingt hauterkrankte Beschäftigte in der Pflege im Rahmen der Sekundären Individualprävention (SIP) um ein psychologisches Gesundheitsseminar „Gesundheitsförderung und Stressmanagement bei der Arbeit“ ergänzt. Ziel des Seminars ist eine Unterstützung der Beschäftigten bei der Krankheitsbewältigung. Ein vergleichbares Seminar wird von der BGW bereits seit 1998 für hauterkrankte Beschäftigte im Friseurberuf angeboten.

Methode und Inhalt

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an dem Stressmanagement-Seminar teilnehmen, haben im Vorfeld an einem Informationsseminar über Entstehung und Vermeidung von Hauterkrankungen teilgenommen. Dort wird z.B. über den individuell richtigen Hautschutz, die richtige Hautpflege sowie die Auswahl geeigneter Handschuhe informiert und die Anwendung geübt. Die Durchführung des Seminars orientiert sich an einer erlebniszentrierten Gruppendynamik und an gesprächs- und verhaltenstherapeutischen Grundlagen. Es handelt es sich nicht um einen Vortrag, sondern um eine Form von therapeutischem Setting, das die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aktiv gestalten. Vor den o.g. Hintergründen wurde das Seminar mit folgenden Zielen konzipiert:

- Verbesserte Selbstbeobachtung des Gesamt- und Hautbefindens. Das Seminar soll zu einer vermehrten Selbstbeobachtung des Gesamt- und Hautbefindens führen.
- Planen und Umsetzen von Handlungsmaßnahmen. Die Teilnehmer sollen lernen, ihre Gesundheit praktisch zu bewahren und zu schützen, indem sie Gelerntes anwenden.
- Stabilisierung der Persönlichkeit. Das Seminar soll zur Stärkung der Persönlichkeit beitragen (z.B. durch Abbau von Unsicherheiten im Umgang mit der Hauterkrankung und den Patienten/Vorgesetzten).
- Langfristige Gesundheitsförderung aktiv gestalten. Die Gesundheitsförderung soll von den Teilnehmern dauerhaft praktiziert werden.

Diese Ziele wurden in sieben Inhaltsbausteinen vertieft.

- Inhaltsbaustein 1: Subjektive Theorien über Gesundheit.
- Inhaltsbaustein 2: Definition von Stress.
- Inhaltsbaustein 3: Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Faktoren.
- Inhaltsbaustein 4: Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz.
- Inhaltsbaustein 5: Stressbewältigung und Konfliktmanagement.

- Inhaltsbaustein 6: Kundensicht und Kommunikation.
- Inhaltsbaustein 7: Individuelle Veränderungsziele.

Zur Bewertung und Beurteilung des Seminars wurden im Anschluss an das Seminar Feedback-Fragebögen verteilt. Darüber hinaus wurde zur Erfolgskontrolle ein sogenannter „Ein-Gruppen-Vor-Nachtest-Versuchsplan“ durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden Evaluations-Fragebögen verteilt, die sich aus erprobten standardisierten Verfahren zusammensetzen (u.a. Marburger Hautfragebogen, Stressverarbeitungsbogen).

Ergebnisse

Im Zeitraum von 2002 bis 2003 nahmen in sieben durchgeführten Seminaren 62 Personen teil. Die Analyse der Stressauslöser zeigt, dass Zeitdruck und Arbeitsmenge die größten Stressursachen darstellen. An zweiter Stelle stehen Belastungen im privaten Bereich. Diese sind Probleme in der Partnerschaft, Schwierigkeiten, die Anforderungen im Beruf erfolgreich mit den Aufgaben aus dem privaten Bereich zu koordinieren, sowie der Umgang mit Freunden und anderen sozialen Kontakten. Auf Platz drei der Stressursachen stehen Probleme am Arbeitsplatz, die mit der Führung der Abteilung/Station bzw. des Unternehmens insgesamt verbunden sind. In dem Zusammenhang wünschen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr Anerkennung und Wertschätzung ihrer Arbeit und ihres Engagements. Die Auswertung der Feedbackbögen ergab, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Veranstaltung als nutzbringend und erfolgreich bewerten. Die Durchschnittsnote ist 1,3 (in Anlehnung an das Schulnotensystem). Die Auswertung der Evaluationsbögen bestätigt den Nutzen und den Effekt des Seminars. Die Ergebnisse sind signifikant.

- Nach dem Seminar sinken die sozialen Ängste und Vermeidungstendenzen. D.h. die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewinnen an Selbstbewusstsein, in schwierigen Situationen aktiv und lösungsorientiert anzugehen.
- Die subjektiv erlebte Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen aufgrund der sichtbaren Hautveränderungen geht zurück.
- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nehmen angebotene Expertenhilfe deutlicher an, ohne jedoch dabei fremden Personen zu viel - d.h. über der Norm liegende - Kompetenzen zu zumessen.
- Der eigene „überhöhte“ Anspruch an sich selbst, reduziert sich.
- Die Selbstbemitleidung sinkt. Auch dies fördert lösungsorientierte Verarbeitungsstrategien.

Die Ergebnisse bestätigen das bisherige Vorgehen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten die Unterstützung, die im Rahmen der Konzeption vorgesehen war.

Ausblick

Da es sich bei den vorgestellten Ergebnissen bisher um eine relativ kleine Stichprobe handelt, werden die Seminare weiterhin evaluiert. Darüber hinaus wird auch der langfristige Effekt der Seminare im Rahmen einer Langzeitevaluation ermittelt. Aufgrund der bisher gewonnenen positiven Effekte wird das Seminar „Gesundheitsförderung und Stressmanagement“ als ein Baustein der Sekundären Individualprävention 2005 bundesweit angeboten.

Internetschulungcenter: Einsatz moderner Medien zur Förderung der Nachhaltigkeit und der Ergebnisqualität

Samani, P. (1), Haug, G. (2), Holme, M. (3), Kleinke, I. (4), Riedel, T. (2), Dahnz, E. (3), Warner, N. (4)

(1) Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin, (2) Rehabilitationsklinik Hochstaufen der BfA, Bayerisch Gmain, (3) Weser- Rehabilitationsklinik der BfA, Bad Pyrmont, (4) Rehabilitationsklinik Ostseeblick der BfA, Ückeritz/Usedom

Hintergrund

Das Internet gewinnt als Medium für Gesundheitsinformationen zunehmend an Bedeutung. Über 55 % der Bundesbürger über 14 Jahre nutzen das Internet (ARD/ZDF-Online-Studie, 2004). Zur Information vor oder nach einem Arztbesuch nutzen 25 % der Befragten das Internet, weitere 53 % können sich vorstellen, dies zukünftig zu tun (TNS Emnid, Jan. 2003). Im Interesse einer besseren Compliance ist eine eigenständige Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung, die im Arzt-Patienten-Verhältnis einen informed consent ermöglicht, wünschenswert. Durch die Unübersichtlichkeit der im Internet angebotenen medizinischen Informationen und deren unterschiedlicher Qualität ist allerdings bei rechnererfahrene Patienten die Gefahr der Fehlinformation gegeben. Ältere Patienten haben zumeist eine Hemmschwelle vor der Benutzung des Internets. Vor diesem Hintergrund wurde das Projekt *REHA*.Inter.net-aktiv der BfA ins Leben gerufen. In zunächst drei Pilotkliniken der Reha-Klinikgruppe der BfA wurden internetgestützte Patientenschulungcenter eingerichtet, in denen den Rehabilitanden nach einer Basisschulung zur Einübung grundlegender Fertigkeiten in der Internetnutzung das Auffinden verlässlicher medizinischer Informationen vermittelt wird.

Methodik

Die teilnehmenden Patienten wurden per schriftlichen Fragebogen direkt nach der Internetschulung zu ihren Fähigkeiten im Umgang mit Computer und Internet vor und nach der Schulung sowie zu ihrer Zufriedenheit mit Inhalt und Ablauf der Schulung befragt. In einer schriftlichen Nachbefragung wurde die Nachhaltigkeit der erlernten Fähigkeiten sowie der Internetnutzung ermittelt.

Ergebnisse

Die Patientenbefragung ergab, dass durchschnittlich 97 % (n=184) der Befragten nach der Schulung in der Lage waren, die in der Schulung vermittelten Fähigkeiten im Umgang mit dem Internet anzuwenden. Von 95 % (n=180) der Befragten wurden Ablauf und Inhalte der Internetschulung als sehr gut oder gut beurteilt. Zwei Drittel der Schulungsteilnehmer (n=114) erklärten sich zur Teilnahme an der Nachbefragung bereit. Der Rücklauf der Nachbefragung ergab - von 139 versendeten - 108 auswertbare Fragebögen, davon 64 von weiblichen und 44 von männlichen Schulungsteilnehmern. 75 % (n=81) der Befragten haben

durch Nutzung der klinikeigenen PCs nach der Schulung die gelernten Fähigkeiten geübt und vertieft. Weitere 25 % (n=27) hatten eine Nutzungsabsicht, die aus unterschiedlichen Gründen (Auslastung der PCs, Termingründe u.a.) nicht erfüllt werden konnte. 96,3 % (n=104) der Befragten haben auch nach ihrer Rehabilitation das Internet genutzt, in erster Linie mittels eines eigenen Anschlusses, der bei 11,1 % (n=12) der Schulungsteilnehmer erst nach der Rehabilitation angeschafft wurde. An zweiter Stelle steht die Nutzung eines Internetzugangs bei Verwandten oder Freunden; Internetcafés und andere öffentliche PCs sowie ein Internetzugang an der Arbeitsstelle spielen eine untergeordnete Rolle. Weitere 2,7 % (n=3) hätten das Internet weiterhin genutzt, wenn ein Internetanschluss verfügbar gewesen wäre. Die in der Schulung erlernten Fähigkeiten standen den Befragten auch zum Zeitpunkt der Nachbefragung, die bis zu 16 Monate nach der Rehabilitation stattfand, weitestgehend zur Verfügung. Allerdings wurde das Auffinden qualitätsgeprüfter medizinischer Informationen nach eigener Einschätzung nur noch von 75,9 % (n=82) der Befragten beherrscht. Die in der Rehabilitationsklinik Hochstaufen der BfA angebotene CD-ROM mit klinikspezifischen medizinischen Schulungsmaterialien wurde von 25 % (n=12) der nachbefragten Schulungsteilnehmer dieser Rehabilitationsklinik weiterhin benutzt. Insgesamt nutzen rund 40 % (n=43) der Befragten die in der Schulung vorgestellten medizinischen Websites bis heute.

Zusammenfassung

Die Ziele des Projektes, durch internetgestützte Patientenschulungen die zur medizinischen Informationssuche nötigen Fähigkeiten zu vermitteln und eine nachhaltige Beschäftigung mit der eigenen Erkrankung zu fördern, wurden erreicht. Es hat sich gezeigt, dass das Internet gegenüber anderen Medien zur Informationssuche längerfristig attraktiv ist.

Ausblick

Die internetgestützten Patientenschulungszentren sollen auf alle BfA-eigenen Rehabilitationskliniken ausgeweitet werden. Um eine nachhaltige Nutzung qualitätsgeprüfter medizinischer Informationen zu gewährleisten, beabsichtigt die BfA, ein Reha-Internetportal einzurichten, das den Nutzern die Suche auf mehreren verschiedenen Internetseiten erspart, indem die auf das individuelle Profil zugeschnittenen aktuellen Informationen zur Erkrankung direkt in das personalisierte Internetportal aufgespielt werden.

Literatur

ARD/ZDF-Online-Studie 2004, www.ard.de.

TNS-Emnid (2003): (N)Onliner-Atlas, www.tns-emnid.de.

Formative Evaluation eines europäischen Schulungsprogramms für Morbus Parkinson (EU-Projekt EduPark)

Gerlich, C., Macht, M., Ellgring, H., EduPark-Konsortium

Institut für Psychologie, Universität Würzburg

Die Parkinson-Erkrankung wirkt sich nachhaltig auf die Lebensqualität der Betroffenen aus. Patienten und ihre Angehörigen sehen sich damit konfrontiert, eine adäquate Einstellung zur

Erkrankung zu erlangen. Dies beinhaltet auch, neue Fertigkeiten im Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen zu erlernen. Diese beziehen sich, entsprechend der ICF, auf die Bereiche der Körperfunktionen, der Aktivität und der Teilhabe. Daher wird, gefördert durch die Kommission der Europäischen Union (QLK6-CT-2002-02674), ein Patientenschulungsprogramm im europäischen Verbund entwickelt und formativ evaluiert.

Das krankheitsspezifische Schulungsprogramm umfasst sieben Schlüsselkomponenten:

- Informationen über die Erkrankung,
- Fertigkeiten zur Selbstbeobachtung der Krankheitsfolgen und des eigenen Verhaltens
- Übernahme der Gesundheitsperspektive,
- Stressbewältigung,
- Umgang mit Angstzuständen und Depression,
- Soziale Fertigkeiten, insbesondere im Zusammenhang mit Kommunikation und
- das Erlangen sozialer Unterstützung.

Mit diesen Schlüsselkomponenten wurde sowohl für Patienten wie auch für Angehörige ein Schulungsprogramm ausgearbeitet. Dieses Programm wurde mit Patienten- und Angehörigengruppen in Deutschland, Spanien, Finnland, Italien, Holland, Großbritannien und Estland umgesetzt. Dabei wurden Parkinsonspezifische Indikatoren (z. B. Unified Parkinson's Disease Rating Scale, Parkinson's Disease Questionnaire-39) und generische Indikatoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (z. B. Alltagsaktivitäten, Depression, aktuelles Wohlbefinden) erhoben. Maße für die Verständlichkeit und Umsetzbarkeit dienten der formativen Evaluation des neu entwickelten Schulungsprogramms. Die Ergebnisse dieser internationalen formativen Evaluationsstudie werden vorgestellt und in ihren Konsequenzen für die Patientenschulung bei Morbus Parkinson diskutiert.

Evaluation der Fibromyalgie-Schulung - Erste Ergebnisse¹⁵

Brückle, W. (1), Ehlebracht-König, I. (2), Bornmann, M. (3), Hinüber, v. S. (4), Riekenberg, C. (5), Karagülle, O. (6), Gutenbrunner, C. (7)

(1) Rheuma-Klinik Bad Nenndorf, (2) Rehasentrum Bad Eilsen, (3) Psychotherapeutische Praxis Celle, (4) Psychotherapeutische Praxis Hildesheim, (5) Psychotherapeutische Praxis Hannover, (6) Fachklinik am Hasenbach Clausthal-Zellerfeld, (7) Abt. Physikalische Medizin u. Rehabilitation der Medizinischen Hochschule Hannover

Hintergrund

Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) unterscheidet sich von anderen Erkrankungen am Bewegungsapparat durch die schwierige Therapierbarkeit und hohe sozialökonomische Relevanz. Aufgrund der unklaren Ätiologie sind bisher nur symptomatisch ansetzende Behandlungsversuche möglich. Die Erfahrung hat gezeigt, dass den Betroffenen durch Krankheitsverstehen und Verhaltensänderungen selbst eine Schlüsselrolle bei der Symptombesserung und Krankheitsbewältigung zukommt (Brückle et al., 2004). Zur Vermittlung von Information und der Krankheitszusammenhänge wurden seit den 90er Jahren vom Arbeitskreis Patien-

¹⁵ gefördert von der LVA Hannover.

tenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie für mehrere Erkrankungen sog. Patientenschulungen entwickelt, so auch für das FMS (AK-Patientenschulung, 1997; Brückle et al., 1997). Da eine Evaluation bisher nicht vorlag, haben wir eine Studie zur Akzeptanz der Schulung, zu Veränderungen im Umgang mit der Erkrankung und dem Therapieverhalten durchgeführt.

Methodik

Zwischen Februar und November 2003 wurden 109 PatientInnen mit FMS, die die ACR-Kriterien erfüllten, in zwei Kliniken im Rahmen der stationären Rehabilitation sowie ambulant von vier Schulungsteams entsprechend dem Schulungsmanual geschult und im Rahmen der Studie befragt. Die Fragebögen bezogen sich auf allgemeine soziale und berufliche Daten, die derzeitige Therapie, das aktuelle Befinden und Funktionsstörungen, schmerzbezogene Kontrollüberzeugungen (Flor et al., 1988), Zufriedenheit mit den Modalitäten und Inhalten der Schulung. Letztere wurden am Ende des Schulungsprogramms, die übrigen Inhalte vor Beginn der Schulung und 3 Monate nach deren Beendigung erfragt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der 108 auswertbaren Bögen stammen von 105 Frauen und 3 Männern im Alter von 32 - 70 Jahren (Mittelwert 54 J.), die im Durchschnitt 4,2 Jahre am FMS litten. Das Setting und die Inhalte der Schulung bekamen in allen Items gute bis sehr gute Bewertungen. Wie zu erwarten, hat das Wissen über die Erkrankung hochsignifikant zugenommen. Ein Vierteljahr später hatte die ärztliche Inanspruchnahme ab-, selbständige Therapien zugenommen. Bei den Kontrollüberzeugungen reduzierte sich die Hilflosigkeit nur gering, während die Ressourcen hochsignifikant zunahmen.

Diskussion

Die ersten Ergebnisse über den begrenzten Zeitraum von 3 Monaten zeigen eine gute Akzeptanz der Schulung und weisen vor allem auf eine Stärkung der Grundlagen und Kräfte, die in Richtung Schmerzbewältigung und Krankheitsbewältigung zielen. Unsere Ergebnisse decken sich somit mit den Befunden, die die Evaluationen der Schulungen Chronische Polyarthritiden und M. Bechterew ergaben. Größere und über längere Zeiträume reichende Untersuchungen müssen die jetzt erhobenen Daten weiter absichern. Bei einer Rehabilitationsmaßnahme von Patienten mit FMS sollte - falls keine Gegenanzeigen vorliegen - die Durchführung der Schulung durch ein in einem Trainerseminar ausgebildetes Team von Arzt, Psychologe und Physiotherapeut die Basis für den Rehabilitationsprozess sein.

Literatur

- Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie et al. (Hrsg.) (1997): Fibromyalgie-Syndrom, ein Schulungsprogramm in sechs Modulen. Merck KGaA Darmstadt.
- Brückle, W., Bornmann, M., Weber, H. (1997): Patientenschulung bei Fibromyalgie. Akt. Rheumatol. 22, 92-97.
- Brückle, W., Zeidler, H. (2004): Das Fibromyalgie-Syndrom. Internist 45: 923-934.
- Flor, H., Turk, D.C. (1988): Chronic back pain in rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. J Behav Med 11: 251-265.

Krankheitsbezogenes Interesse und Schulungsbedürfnis bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz

Neuderth, S. (1), Wilkening, S. (1), Richard, M. (1), Schowalter, M. (1), Steinbüchel, T. (1), Störk, S. (2), Angermann, C. (2), Faller, H. (1)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, (2) Medizinische Poliklinik, Universität Würzburg

Hintergrund

Die chronische Herzinsuffizienz geht mit einer hohen Sterblichkeit und gravierenden Einschränkungen der Lebensqualität einher und besitzt zudem infolge der erheblichen Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungsleistungen eine immense gesundheitsökonomische Bedeutung. Mit spezifischen Schulungsprogrammen, welche ein Selbstmonitoring potenzieller Alarmzeichen, Wissens- und Kompetenzvermittlung und zumeist psychosoziale Betreuungselemente enthalten, können die Rate notfallmäßiger Krankenhauseinweisungen bei Patienten mit Herzinsuffizienz sowie die Behandlungskosten deutlich gesenkt werden (McAlister et al., 2001; Stewart et al., 1999, Mittag et al., 2003). Wenngleich hier ein großes Potenzial für die Optimierung der Versorgung gesehen wird, sind die Bedürfnisse der Patienten bisher kaum untersucht worden (Frattini et al., 1998). Die Ermittlung der Bedürfnisse der Patienten wie auch der Hinderungsgründe für die Teilnahme an Schulungsangeboten stellt eine unabdingbare Voraussetzung für die Konzeption entsprechender Programme dar.

Im Rahmen des Projektes wurde eine Bedürfnisanalyse bei Herzinsuffizienzpatienten durchgeführt. Dabei wurde untersucht, inwieweit Patienten grundsätzlich ein Schulungs- bzw. Informationsbedürfnis bezüglich des Krankheitsbildes und den damit im Zusammenhang stehenden Beschwerden äußern, über welche Inhalte sie vorrangig informiert werden möchten und in welcher Art und Weise dies geschehen soll. Ein besonderer Schwerpunkt wurde auf das mögliche Bedürfnis nach stärkerer Mitsprache bei der Behandlung (Empowerment, shared decision making) gelegt. Auch wurde untersucht, inwieweit sich bestimmte Untergruppen von Interessensprofilen bilden lassen, die eine differenzielle Indikation für Behandlungselemente nahe legen.

Methodik

Mit einem standardisierten Interview wurde eine konsekutive Stichprobe von 60 Patienten der Herzinsuffizienzambulanz der Universität Würzburg im Hinblick auf ihr Schulungsbedürfnis sowie bezüglich ihres Interesses für verschiedene mögliche Schulungsinhalte befragt. Das Bedürfnis nach aktiver Mitsprache an der Behandlung wurde über Fallvignetten erfasst, bei denen die Patienten ihre Präferenz bezüglich einer klassisch paternalistischen oder einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung äußern konnten.

Die Patienten waren im Mittel 70 Jahre alt (Range 36 bis 90), 43 waren Männer. Der Schweregrad der Herzinsuffizienz war: NYHA I n = 12, NYHA II n = 25, NYHA III n = 15 und NYHA IV n = 8.

Ergebnisse

Lediglich 52 % der befragten Patienten äußern ein klares Interesse an einem Schulungsangebot. Die Teilnahmebereitschaft ist negativ mit dem Alter korreliert ($r = -0,45^{**}$), während

der Schweregrad der Herzinsuffizienz in keinem Zusammenhang mit dem Schulungsinteresse steht. Als wichtigste Hinderungsgründe werden von den Patienten das Entfernungs- und Transportproblem sowie die zeitliche Planung genannt. 40 % der befragten Patienten äußern von sich aus kein Interesse an bestimmten Schulungsinhalten, was nicht zwangsläufig auf bereits vorhandenes Wissen zurückzuführen ist. Lediglich in den Bereichen Puls- und Blutdruckmessen kann von breit vorhandenem Wissen ausgegangen werden. Von den strukturiert vorgegebenen Themen erzielten die medizinischen Aspekte, wie Herzfunktion, Symptom-Monitoring, Medikation und Risikofaktoren höheres Interesse als die psychosozialen Themen. Patienten, die sich als seelisch belastet einschätzten, interessierten sich auch stärker für psychosoziale Schulungsinhalte. Die Hälfte der Befragten bevorzugt einen partnerschaftlichen Arzt. Patienten, die ein stärkeres Bedürfnis an aktiver Mitarbeit bei der Behandlung äußerten, waren eher jünger und zeigten ein größeres Interesse an der Teilnahme an einer Patientenschulung sowie an einzelnen Schulungsinhalten.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Themen und Didaktik eines Schulungsprogramms bei chronischer Herzinsuffizienz sollten an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet werden. Schulungsmodule, die den Schwerpunkt auf psychosoziale Inhalte legen, sollten insbesondere denjenigen Patienten angeboten werden, die hierfür einen besonderen Bedarf aufweisen. Die Entwicklung entsprechender Screeningverfahren ist notwendig. Nur die Hälfte der befragten Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz wünschte sich einen Arzt, der sie bei der Entscheidung über die Behandlungsstrategie einbezieht und Eigenverantwortung von ihnen erwartet. Wenngleich die Hälfte der Patienten, die eine paternalistische Arzt-Patient-Beziehung bevorzugten, an der Teilnahme an einer Schulung interessiert sind, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Zielvorstellungen Empowerment und shared decision making von allen potenziellen Teilnehmern mitgetragen werden.

Literatur

- Frattini, E., Lindsay, P., Kerr, E., Park, Y.J. (1998): Learning needs of congestive heart failure patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 13:11-16.
- McAlister, F.A., Lawson, F.M., Teo, K.K., Armstrong, P.W. (2001): A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *American Journal of Medicine*, 110:378-84.
- Stewart, S., Markley, J.E., Horowitz, J.D. (1999): Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet*, 354, 1077-1083.
- Mittag, O., China, C. (2003): Ansätze zur telefonischen Nachsorge in der kardiologischen Rehabilitation und die besondere Rolle der Berufsgruppe "Pflege" im Disease Management. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 61, 6-11.

Prädiktoren der Motivation zu Gesundheitsverhalten und Effekte von Gesundheitsbildung

Reusch, A. (1), Ströbl, V. (2), Faller, H. (1), Ellgring, H. (2)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, (2) Institut für Psychologie der Universität Würzburg

Einleitung

Die Motivierung von Rehabilitanden zu Gesundheitsverhalten ist Ziel von modernen Gesundheitsbildungsmaßnahmen (VDR, 2000; BfA, 2003). In einem Projekt des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbunds Bayern¹⁶ werden motivationale Voraussetzungen der Rehabilitanden, Einflussfaktoren, wie Selbstwirksamkeitserwartung, und die Effekte zweier Gesundheitsbildungsmaßnahmen („Vorträge“ vs. „Gruppenprogramm“) auf die Motivation zu Sport, Bewegung, gesunder Ernährung und Entspannungsübung untersucht. Primäre Zielgrößen sind Motivationsstufen nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM, Prochaska und DiClemente, 1992): Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung. Die Erwartung, dass Teilnehmer des Gruppenprogramms nach der Intervention eine höhere Motivation aufweisen, ließ sich zu Reha-Ende und zur 3-Monats-Katamnese nicht bestätigen (Reusch et al., 2004). Das TTM impliziert aber für die verschiedenen Motivationsstufen unterschiedliche Effekte verschiedener Interventionsstrategien: Der Schwerpunkt der Informationsvermittlung in der Vortragsreihe lässt Effekte in den unteren Motivationsstufen erwarten. Zusätzliche übende und planende Methoden im Gruppenprogramm lassen dagegen auch auf Effekte in den oberen Motivationsstufen schließen. Im vorliegenden Beitrag werden Einflussfaktoren sowie Effekte der beiden Interventionen auf die Motivationsverbesserung deshalb für die unteren und oberen Motivationsstufen getrennt analysiert.

Methode

In der multizentrischen, prospektiven und kontrollierten Studie konnten Daten von 897 Rehabilitanden zu Beginn und drei Monate nach der Rehabilitation erfasst werden. Die Stichprobe (Alter: M = 48,8, SD = 8,2; 54,4 % männlich; 73 % maximal Realschulabschluss) wurde etwa zur Hälfte dem Gruppenprogramm auf Basis des VDR-Gesundheitsbildungsprogramms (VDR, 2000) oder einer kliniküblichen Vortragsreihe zugewiesen. Patienten, die sich zu Rehabilitationsbeginn den ersten drei Motivationsstufen zuordneten, wurden der Subgruppe „untere“, die anderen Patienten der Subgruppe „obere Motivationsstufen“ zugeteilt. Die Effekte der Interventionen wurden als Veränderung der Motivationsstufe zwischen Reha-Beginn und 3-Monatskatamnese als „Veränderungsvariable“ definiert: „verbessert“ (mind. eine Stufe angestiegen oder auf oberen beiden Stufen geblieben) vs. „nicht verbessert“. Für jeden Verhaltensbereich und jede Subgruppe getrennt wurden logistische Regressionen zur Vorhersage dieser Veränderungsvariablen mit folgenden Prädiktoren berechnet:

¹⁶ Das Projekt B5 des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Bayern (RFB) wird im Rahmen des Förderschwerpunkts Rehabilitationswissenschaften gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, Förderkennzeichen 01 GD 0105. Wir danken den drei beteiligten Kooperationskliniken in Bad Kissingen: Deegenbergklinik; Reha-Klinik „Am Kurpark“; Reha-Zentrum der BfA, Saale-Klinik.

Behandlungsbedingung, Geschlecht, Alter, verhaltensspezifische Selbstwirksamkeitserwartung, wahrgenommene Vorteile und Nachteile des Zielverhaltens, Verhaltenskriterium. Darüber hinaus wurden für die Subgruppen getrennt Häufigkeitsunterschiede zwischen Vortragsreihe und Gruppenprogramm hinsichtlich der Veränderungsvariablen mittels Chi²-Tests geprüft.

Ergebnisse

Die logistischen Regressionen ergaben für Patienten in den unteren Motivationsstufen, dass die „wahrgenommenen Vorteile des Verhaltens“ zu Rehabilitationsbeginn jeweils Prädiktoren für die Verbesserung der Motivation darstellen (Sport: $\beta = 0,33$, $p = 0,02$; Ernährung: $\beta = 0,40$, $p = 0,01$; Entspannung: $\beta = 0,40$; $p = 0,00$). Bei Sport leistete tendenziell zusätzlich das „Verhalten zu Reha-Beginn“ einen Vorhersagebeitrag ($\beta = 0,55$, $p = 0,08$), im Bereich Ernährung in geringem Ausmaß das „Alter“ ($\beta = 0,03$, $p = 0,01$). Für Patienten, die zu Reha-Beginn bereits in den oberen Motivationsstufen waren, zeigten sich in den Bereichen Sport und Bewegung tendenziell Interventionseinflüsse zugunsten des Gruppenprogramms ($\beta = 0,50$, $p = 0,07$ bzw. $\beta = 0,40$, $p = 0,06$). Bei Sport leisteten zusätzlich die Prädiktoren „wahrgenommene Vorteile“, „Nachteile“ und „Verhalten zu Reha-Beginn“ signifikante Vorhersagen, bei moderater Aktivität die Variablen „Geschlecht“, „Selbstwirksamkeitserwartung“, „wahrgenommene Nachteile“ und „Verhalten zu Reha-Beginn“. Im Bereich Ernährung ergaben sich für keinen der Prädiktoren signifikante Werte, im Bereich Entspannungsübung hatte die Variable „Verhalten zu Reha-Beginn“ tendenziell eine Vorhersagekraft auf die Motivationsverbesserung ($\beta = 0,92$, $p = 0,06$). Insgesamt konnten die logistischen Regressionen lediglich 5 bis 18% der Varianz aufklären.

Die Chi²-Tests zeigten in keinem der vier Verhaltensbereiche für die jeweiligen Subgruppen „obere“ bzw. „untere“ motivationale Ausgangslage signifikante Unterschiede zwischen den Interventionen. In den Bereichen Sport und Bewegung waren aber tendenzielle Gruppenunterschiede zu beobachten: In den unteren Motivationsstufen zeigten mehr Teilnehmer der Vortragsreihe eine Verbesserung der Motivation zu Sport; in den oberen Motivationsstufen war es umgekehrt. Im Bereich Bewegung hatten sich in den oberen und den unteren Motivationsstufen mehr Gruppenprogrammteilnehmer verbessert als Teilnehmer der Vortragsreihe.

Diskussion

Rehabilitanden, die zu Reha-Beginn weniger motiviert sind, scheinen in allen drei Verhaltensbereichen dann eine Motivationsverbesserung zu erreichen, wenn sie bereits zu Reha-Beginn mehr Vorteile des Gesundheitsverhaltens wahrnehmen. Wahrgenommene Nachteile sowie die Selbstwirksamkeitserwartung oder das tatsächliche Verhalten zu Reha-Beginn scheinen keinen Einfluss zu haben. Das Gruppenprogramm, welches übende und planende Methoden enthält, scheint bei Rehabilitanden, die bereits eher motiviert sind, in den Bereichen Sport und Bewegung die Handlung und die Aufrechterhaltung des Gesundheitsverhaltens zu begünstigen.

In Gesundheitsbildungsmaßnahmen sollten deshalb die motivationale Ausgangslage der Patienten geklärt werden. Daraufhin sollten für „unmotivierte“ Patienten mehr Informationen über die Vorteile des angestrebten Verhaltens angeboten und für schon stärker „motivierte“ Patienten eher übende und planende didaktische Methoden eingesetzt werden.

Literatur

- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, BfA (2003): Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation. Indikationsbezogene Curricula. Berlin: BfA.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1992) : Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.). Progress in behavior modification (pp. 184–218). Newbury Park, CA: Sage.
- Reusch, A., Ströbl, V., Schradi, M., Ellgring, H. (2004): Motivationseffekte von Gesundheitsbildung in der somatischen Rehabilitation: Gruppenprogramm vs. Vorträge. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation - vom 08. bis 10. März 2004 in Düsseldorf (DRV-Schriften, Bd. 52, S. 246-248). Frankfurt am Main: Herausgeber.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR (Hrsg.) (2000): Gesundheitsbildungsprogramm für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Stuttgart: Schattauer.

Weiterentwicklung und psychometrische Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23

Schulz, H. (1), Lang, K. (1), Jürgensen, R. (2), Rüdgel, H. (2), Koch, U. (1), Nübling, R. (3)
(1) Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach, (3) eqs.-Institut, Karlsruhe

Hintergrund

Eine ausreichende Motivation zur psychotherapeutischen Behandlung gilt häufig als wichtige Voraussetzung sowohl für deren Verlauf als auch deren Ergebnis. Die frühzeitige Erfassung der Psychotherapiemotivation könnte deshalb eine diagnostische Hilfe bieten, um Patienten spezifisch vorzubereiten oder gegebenenfalls modifizierte Behandlungen anzubieten. Ziel dieser Arbeit ist, eines der beiden im deutschen Sprachraum vorliegenden Selbstbeurteilungsinstrumente, den Fragebogen zur Psychotherapiemotivation FPTM (Schulz, Nübling, Rüdgel, 1995) unter Beibehaltung seiner Dimensionalität weiter zu verkürzen.

Methode

Auf der Basis von Faktoren- und Itemanalysen (4595 Patienten einer psychosomatischen Fachklinik) wurde der Fragebogen auf 23 Items verkürzt und anschließend an einer weiteren Stichprobe von 4689 Patienten mehrerer psychosomatischer Fachkliniken psychometrisch überprüft. Neben dem FPTM wurden u.a. der Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12 (Bullinger, Kirchberger, 1998), die Subskalen „Depressivität“, „Ängstlichkeit“ und „Somatisierung“ der Symptom Checkliste SCL-90-R (Franke, 1995) und der Fragebogen zu gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen GKÜ (Hasenbring, 1989) eingesetzt. Des Weiteren wurden Fragen zu Behandlungserwartungen, zu Therapiezielen, zur Intention zur Mitarbeit und zum Wunsch nach Psychotherapie erhoben.

Ergebnisse

Die ursprüngliche 6-Faktorenstruktur konnte sowohl in einer Hauptkomponentenanalyse, als auch einer konfirmatorischen Faktorenanalyse vollständig repliziert werden. Die gebildeten Skalen weisen zudem zufriedenstellende interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha von 0,74 bis 0,86) auf. Es ergeben sich hypothesenkonforme Zusammenhänge u.a. zu verschiedenen Beschwerdemaßen, Behandlungserwartungen und -zielen sowie dem Wunsch nach Psychotherapie.

Diskussion

Mit dem FPTM-23 wird ein ökonomisches Selbstbeurteilungsverfahren zur Diskussion gestellt, das faktorenanalytisch überprüft ist, zufriedenstellende psychometrische Kennwerte aufweist und für das erste Ergebnisse zur Konstruktvalidierung vorliegen.

Literatur

- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. (1995): SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz.
- Hasenbring, M. (1989): Laienhafte Ursachenvorstellungen und Erwartungen zur Beeinflussbarkeit einer Krebserkrankung - erste Ergebnisse einer Studie an Krebspatienten. In C. Bischoff & H. Zenz (Hrsg.), Patientenkonzepte von Körper und Krankheit (S. 25-38). Bern: Huber.
- Schulz, H., Nübling, R. & Rüdell, H. (1995): Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. Verhaltenstherapie, 5, 89-95.

Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation. Erste Ergebnisse der Kurzversion des FREM-17: FREM-8.

Deck, R.

Institut für Sozialmedizin Lübeck, für die Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein

Hintergrund

Erwartungen und Motivationen spielen im Bereich rehabilitativer Versorgung eine bedeutende Rolle. Die Fülle der in den letzten Jahren ausgearbeiteten Messinstrumente bestätigt ihren Stellenwert (z.B. Faller et al., 2000; Kühn et al., 2001; Hafen et al., 2001; Petermann u. Ehlebracht-König; 2004). Im Zuge der Qualitätssicherung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen ist jedoch der Umfang der entsprechenden Instrumente nicht ohne Gewicht. Interessant sind vor allem kurze Fragebögen, die sich ohne größeren Aufwand in bestehende / einzusetzende Fragebögen zur Effektmessung integrieren lassen. Ein im Rahmen eines binationalen Forschungsprojekts entwickelter, in mehreren Studien eingesetzter und für die rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbände empfohlener Motivationsfragebogen (Methoden-AG) wurde aktuell in einer Kurzversion eingesetzt (FREM-8).

Methodik

Vom ursprünglichen, 17 Items und vier Dimensionen umfassenden Fragebogen zu Erwartungen und Motivationen bei Rehabilitationspatienten (FREM-17, Deck et al., 1998) wurden die inhaltlich und methodisch bedeutsamsten Items jeder Dimension für eine Kurzversion ausgewählt. Faktorenanalytisch zeigten sich dieselben Dimensionen wie bei der Langversion (erklärte Varianz bei vier Dimensionen 75 %) bei gleichbleibender Güte (Cronbachs Alpha zwischen 0.48 (Dimension Gesundheit) und 0.85 (Dimension Rente)). Die Kurzversion (FREM-8) wurde im Rahmen einer Qualitätsgemeinschaft eingesetzt, an der sich 20 Rehabilitationskliniken des Landes Schleswig-Holstein mit 6 Indikationen (Orthopädie, Atemwegserkrankungen, Onkologie, Psychosomatik, Koronare Herzerkrankung und Neurologische Krankheiten, $N_{\text{gesamt}} = 1.913$) zu zwei Messzeitpunkten (vor und 4 Monate nach der Rehabilitation) beteiligten. Haupteffektparameter waren Funktionsbehinderungen (FFbH-R), Vitalität (SF-36), Psychisches Wohlbefinden (SF-36) und Katastrophisieren (FSS) sowie berufliche Veränderungen 4 Monate nach der Reha.

Ergebnisse

Die Patienten der Qualitätsgemeinschaft gaben unabhängig von der Krankheitsgruppe hohe Erwartungen hinsichtlich des Erholungsaspektes, der Gesundheit und der Krankheitsbewältigung an, Erwartungen im beruflichen Bereich bzw. im Bereich Berentung waren vergleichsweise gering ausgeprägt. Frauen wiesen auch in dieser Stichprobe andere Erwartungen auf als Männer, bedeutsame Unterschiede zeigten sich auch hinsichtlich Alter und Sozialschicht. Patienten mit höheren gesundheitlichen Beeinträchtigungen erwarteten mehr Hilfen hinsichtlich Krankheitsbewältigung, hatten aber auch höhere Erwartungen an Unterstützung bei Berentungsfragen. Hinsichtlich der Prädiktion der Outcomes spielen die Reha-Erwartungen in Konkurrenz mit dem Ausgangswert eine eher untergeordnete Rolle (max. 5 % erklärte Varianz). Allerdings haben Patienten mit hohen Rentenerwartungen ein signifikant höheres Risiko, aus dem Berufsleben auszuschneiden (OR: 2.5, 95 % KI: 1.7-3.7). Erwartungen an Krankheitsbewältigung erweisen sich in diesem Zusammenhang als eher protektiv (OR: 0.7, 95 % KI: 0.5-1.1). Vergleichbare Ergebnisse wurden in einer früheren Studie gezeigt. Diese Zusammenhänge bleiben auch nach Kontrolle der Ausgangswerte bestehen.

Unterschiede in den Erwartungen wurden zwischen den Kliniken deutlich. Hier scheint insbesondere neben der Diagnosegruppe der Hauptbeleger der Klinik eine Rolle zu spielen.

Diskussion

Im Rahmen der Qualitätsgemeinschaft konnte die Güte der Kurzversion an 1.913 Reha-Patienten getestet werden. Die Ausprägungen der Reha-Erwartungen und ihre Zusammenhänge mit Patienten- und Krankheitsmerkmalen entsprechen den Ergebnissen früherer und thematisch ähnlicher Studien. Die eher geringe Prädiktoreigenschaft der Reha-Erwartungen hinsichtlich der Reha-Effekte muss im Zusammenhang mit den Ausgangswerten der gesundheitsbezogenen Parameter gesehen werden.

Schlussfolgerungen

In Zeiten umfangreicher Patientenbefragungen gewinnen kurze Fragebögen zunehmend an Bedeutung. Zum einen um die „betroffenen“ Patienten nicht über Gebühr zu belasten, zum anderen um die Fülle an auszuwertenden Daten überschaubar zu halten. Mit dem FREM-8 scheint für den Motivationsbereich ein geeignetes Instrument zur Verfügung zu stehen.

Literatur

- Faller, H., Vogel, H., Bosch, H., 2000: Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation: Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerz- und onkologischen Patienten. *Rehabilitation* 39, S. 205-214.
- Kühn, A., Pannicke, L., Mohs, A., Schneider, H., 2001: Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung motivationaler Bedingungen zur Vorhersage der Therapiemitarbeit von LVA-Versicherten während stationärer medizinischer Rehabilitation - erste Ergebnisse der Skalenentwicklung. *Rehabilitation* 40, S. 165-174.
- Hafen, K., Jastrebow, J., Nübling, R., Bengel, J., 2001: Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO). *Rehabilitation* 40, S. 3-11.
- Deck, R., Zimmermann, M., Raspe, H., 1998: Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. *Rehabilitation* 37, S. 68-77.
- Petermann, F., Ehlebracht-König, I. (Hrsg), 2004: Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung. Roderer, Regensburg.

Entwicklung eines Diagnostikinstrumentes für Arbeitsmotivation (DIAMO) in der medizinischen Rehabilitation¹⁷

Fiedler, R.G. (1), Ranft, A. (1), Greitemann, B. (2), Heuft, G. (1)

(1) Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, (2) Klinik Münsterland der LVA Westfalen, Bad Rothenfelde

Hintergrund

In den letzten Jahren wurden im Bereich der Rehabilitation einige Instrumente entwickelt, die sich mit motivationalen Faktoren und Einstellungen der Rehabilitanden beschäftigen (z.B. FREM-17; PAREMO). Einerseits unterstreicht dies die Bedeutung und den Einfluss der Motivation auf Reha-Verlauf und Reha-Outcome, andererseits schließen die vorhandenen Instrumente bislang nur ein limitiertes Inhaltsspektrum ein (Reha-Motivation im Sinne von Behandlungsmotivation, Hafen et al., 2000). Im Kontext der Rehabilitation stellt auch die Arbeitsmotivation eine wichtige Einflussgröße für den Reha-Erfolg - vor allem hinsichtlich einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung - dar. Ein Instrument, das sich indikationsübergreifend mit einer multidimensionalen Diagnostik von Arbeitsmotivation befasst, liegt für den Kontext der Rehabilitation nicht vor. Die hier berichteten Ergebnisse sind Teil eines Forschungsprojektes¹⁸, dessen Hauptziel die Entwicklung und Evaluation eines Instrumentes zur Erfassung von Arbeitsmotivation bei Rehabilitanden ist.

Ziel der Untersuchung

An einer Stichprobe von medizinischen Rehabilitanden (N = 225) wurden die drei Konzepte Motivationales Selbstbild (MS), Motivationale Handlungsentwürfe (MH) und Motivationale Passung (MP) (vgl. Fiedler et al., 2004) als Bestandteile eines neuen Diagnostikinstrumentes zur Messung von Arbeitsmotivation (DIAMO) auf Faktorstruktur und Messgüte hin überprüft. Ziel war es, aus einem Itempool von insgesamt 202 Items und ursprünglich 12 Skalen eine vorläufige Endfassung (68 Items/10 Skalen) dieser Bereiche des DIAMO Instrumentes zu entwickeln.

Ergebnisse

Die Struktur der aus den Konzepten abgeleiteten Skalen konnte zum Teil bestätigt werden, in Teilbereichen wurden jedoch Modifikationen vorgenommen. Schlussendlich wurden 5 Skalen zur Messung von MS, 2 Skalen zur Messung von MH und 3 Skalen zur Messung von MP in die vorläufige Endfassung des Instrumentes übernommen, die überwiegend gute Reliabilitäten aufweisen und sich in Faktoranalysen (MS & MH) empirisch bestätigt finden. Erste Hinweise auf die Güte finden sich durch erwartungskonforme Zusammenhänge u.a. mit dem Multi-Motiv-Gitter (MMG, Schmalt et al., 1999). Einen Überblick über die drei Konzepte und die Skalen gibt **Tabelle 1**.

¹⁷ Gefördert durch: Verein zur Förderung von Rehabilitationswissenschaften e. V. Norderney (VFR - Projekt 84).

¹⁸ Diagnostik von Arbeitsmotivation bei Rehabilitanden - Entwicklung und Evaluation eines Assessmentinstrumentes.

Motivationales Selbstbild (MS)		
Skalen	Itemanzahl/ interne Konsistenz	Beispielitem
▶ Einstellungen zur Arbeit	8 / Alpha .87	Arbeit gibt dem Leben Sinn.
▶ Neugiermotiv	8 / Alpha .88	Es macht mir viel Spaß, mich in ungewohnte Aufgaben einzuarbeiten.
▶ Einflussmotiv	7 / Alpha .84	Ich gebe gerne den Ton an.
▶ Furcht vor Misserfolg	9 / Alpha .76	Ich versuche, Misserfolgen aus dem Weg zu gehen.
▶ Anschlussmotiv	7 / Alpha .78	Auch privat unternehme ich etwas mit den Kollegen.
Motivationale Handlungsentwürfe (MH)		
▶ Ziel-Aktivität	9 / Alpha .89	Ich strenge mich an, um meine Ziele zu erreichen.
▶ Ziel-Inhibition	9 / Alpha .86	Bei beruflichen Hindernissen kommen mir Selbstzweifel.
Motivationale Passung (MP)		
▶ Psychosoziale Ebene	2 / rational entwickelt	Wie zufrieden sind Sie mit dem Verhältnis zu den Kollegen?
▶ Betriebliche Ebene	4 / rational entwickelt	Wie zufrieden sind Sie mit den Arbeitszeiten?
▶ Belastungen	5 / rational entwickelt	Wie belastet fühlen Sie sich durch Lärm?

Schlussfolgerungen und Ausblick

Besondere Aufmerksamkeit verdienen die beiden Skalen „Furcht vor Misserfolg“ (MS) und „Ziel-Inhibition“ (MH). Auf diesen Skalen laden Items mit primär resignativer Konnotation bzw. drücken sie auf volitionaler Ebene eher Vermeidungsverhalten aus. Hohe Werte auf diesen Skalen reflektieren vermutlich eine geringe Arbeitsmotivation und inhibierte Verhaltenstendenzen. Ihnen kommt somit eine besondere Bedeutung zu, was eine mögliche Diagnostik von defizitären berufsbezogenen Motivationsstrukturen betrifft. In einer gerade begonnenen Längsschnittuntersuchung wird dieses Phänomen in den Fokus nachfolgender Analysen gerückt, um zu überprüfen, inwieweit sich mit den beiden Skalen tatsächliche Vermeidungs- und Rückzugstendenzen von Rehabilitanden erfassen lassen.

Literatur

- Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J., Nübling, R. (2000): Konzept und Dimension der Reha-Motivation. Prävention und Rehabilitation; 12, 1-10.
- Fiedler, R.G., Greitemann, B., Heuft, G. (2004): Arbeitsmotivation bei Rehabilitanden - Qualitative Analyse einer Expertenbefragung. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloqu-

ium: Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation vom 8. bis 10. März 2004 in Düsseldorf. DRV-Schriften, Bd. 52, 330.
Schmalt, H.D., Sokolowski, K., Langens, T. (2000): Multi-Motiv-Gitter (MMG). Frankfurt: Swets.

Leistungsmotivation als Teilaspekt der Reha-Motivation und Einflussgröße auf den Reha-Erfolg – neue Skalen und empirische Ergebnisse

Muthny, F.A., Fiedler, R., Wiedebusch, S.,

Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Münster (UKM)

Einführung

Der Motivation des Patienten wird in der Medizin wesentlicher Einfluss auf die Behandlungcompliance und den Therapieerfolg eingeräumt, allerdings gibt es dazu bislang nur sehr begrenzt empirische Belege. Diese Diskrepanz zwischen hoch eingeschätzter Relevanz und defizitärer Befundlage geht sicher auch auf die schwierige Operationalisierung von 'Reha-Motivation' und den Mangel an Instrumenten zurück, der die Möglichkeiten der Reha-Forschung in diesem Bereich stark limitiert. Aber bereits das Inhaltsspektrum erscheint immer noch eingeengt und schließt bislang beispielsweise nicht die Leistungsmotivation ein. Dabei erscheint das Konstrukt der Leistungsmotivation, das im Bereich der schulischen Leistungen (Heckhausen) aber auch des wirtschaftlichen Erfolges (McClelland) viel verwendet wurde, für einen fruchtbaren Transfer aus der Psychologie in die Rehabilitationsforschung geeignet. Entsprechend war es das Ziel des vorliegenden Projekts (Förderung durch die Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, GfR), z.T. in gezielter inhaltlicher Ergänzung zu bestehenden Instrumenten, einen reliablen und validen multidimensionalen Fragebogen zu entwickeln, der sich zur weiteren Erforschung der Bedeutung von Reha-Motivation für Rehabilitations-Prozess und - Outcome eignet und speziell den Aspekt der Leistungsmotivation auf die Reha-Situation anwendet.

Methodik

Typische Inhalte wurden dazu aus Inventarien der Leistungsmotivation als Anregung genommen und entsprechende Items zur Generierung eines Pools auf den Reha-Kontext adaptiert. In mehreren Arbeitsschritten wurden schließlich nach Verteilungsgesichtspunkten, inhaltlicher Redundanz und faktorieller Dimensionalität geeignete Items ausgewählt und an einer orthopädischen Stichprobe (in Kooperation mit Dr. Freutel und Prof. Schweidtmann, Eichholz-Klinik Bad Waldliesborn) eingesetzt.

Ergebnisse

Anhand der Ergebnisse von 383 orthopädischen Patienten ergab sich eine formal sinnvolle wie auch gut inhaltlich interpretierbare 3-Faktoren-Struktur (20 Items, 52 % Varianzausschöpfung), aus der die folgenden Skalen des „Reha-bezogenen Leistungsmotivations-Instruments“ (RELEIMO) entwickelt wurden:

- Skala „Lernbereitschaft“ (Items, Cronbach-Alpha = .89, Markieritem „Auch wenn ich vieles weiß, bin ich begierig, in der Reha Neues zu erfahren.“),
- Skala „Durchhaltewille“ (Items, Cronbach-Alpha = .83, Markieritem „Ich glaube, dass ich in der Reha nicht so schnell aufgeben werde.“) und
- Skala „Vorbereitung auf Arbeit“ (Items, Cronbach-Alpha = .87, Markieritem „Die Reha gibt mir auch die Möglichkeit zu prüfen, wie eine Rückkehr an die Arbeit aussehen könnte.“)

Die Interkorrelationen der Skalen liegen zwischen .28 und .56, relativ am höchsten zwischen „Lernbereitschaft“ und „Durchhaltewillen“.

Bezüglich der konvergenten Validität bestehen nur geringe Zusammenhänge mit den beiden PAREMO-Skalen „Änderungsbereitschaft“ und „Initiative und Wissen“ ($r = .13$ bis $.29$). Von den Outcome-Kriterien zeigt der aktuelle Reha-Status (IRES-min) Zusammenhänge mit „Durchhaltewillen“ ($r = .14$) und „Vorbereitung auf Arbeit“ ($r = .13$), sowie die Depression (HADS-D) mit „Durchhaltewillen“ ($r = -.14$). Relativ am höchsten sind die Zusammenhänge mit der Selbstwirksamkeitserwartung (GKE), die mit „Lernbereitschaft“ $.18$ und mit „Durchhaltewillen“ $.29$ korreliert.

In der multiplen Regressionsrechnung zeigt die „Lernbereitschaft“ die relativ höchste Varianzaufklärung am Kriterium Reha-Status, gefolgt von „Vorbereitung auf Arbeit“ und den PAREMO-Skalen „Änderungsbereitschaft“ und „Eigeninitiative und Wissen“.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Einmal mehr zeigt sich die Reha-Motivation als ein klinisch relevantes, aber inhaltlich wie methodisch recht komplexes, multidimensionales Konstrukt. Die neu entwickelten Skalen zur Leistungsmotivation in der Rehabilitation zeigen faktorenanalytisch 3 interessante Dimensionen, sind testmethodisch brauchbar und überschneiden sich inhaltlich und statistisch wenig mit bestehenden Skalen. Sie tragen zudem signifikant zur Varianzaufklärung des Reha-Status bei. Inwieweit sie auch indikationsübergreifend eingesetzt werden können und speziell die Rückkehr zur Arbeit vorhersagen, wird aktuell in Folgestudien untersucht.

Standardisierte Erfassung der Rehabilitationsmotivation mit dem PAREMO - Multigruppenvergleich der Motivationsstruktur in unterschiedlichen Indikationsgruppen¹⁹

Kriz, D. (1), Wirtz, M. (2), Herwig, J.(2), Töns, N. (2), Bengel, J. (2), Nübling, R. (1)

(1) Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen (eqs.-Institut), Karlsruhe, (2) Institut für Psychologie, Albert- Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund

Der Behandlungserfolg von Maßnahmen der rehabilitativen Medizin und Psychotherapie ist in entscheidendem Maße von der Motivation der Rehabilitanden zur aktiven Mitwirkung im Gesundungsprozess abhängig. Um diese Beteiligungsbereitschaft indikationsübergreifend erfassen zu können, wurde der „Patientenfragebogen zur Rehabilitationsmotivation PAREMO“ in mehrjähriger Forschung für die Klinikbereiche der Kardiologie, Orthopädie, Onkologie, Pneumologie und Psychosomatik entwickelt und optimiert (Hafen et al., 2000; Hafen et al, 2001; Hafen, 2002; Töns et al., 2003).

Zielsetzung

Im Vordergrund dieses Beitrags steht die Frage, ob sich die Strukturmodelle der Motivationskonstrukte, die durch den Patientenfragebogen zur Rehabilitationsmotivation (PAREMO) erfasst wurden, in verschiedenen Indikationen der Somatik und Psychosomatik systematisch unterscheiden. Dabei wird untersucht, ob erstens die Variabilität der Ausprägungen auf den zu Grunde liegenden Motivationskonstrukten und zweitens die Beziehungsstärke zwischen diesen Konstrukten indikationsspezifische Besonderheiten aufweisen (vgl. auch Töns et al., 2004).

Methodik

Auf der Basis theoretischer Herleitungen und empirischer Prüfung im Rahmen zweier umfangreicher Entwicklungsstudien wurde ein 45 Fragen umfassendes Assessmentinstrument zur Selbsteinschätzung durch den Rehabilitanden entwickelt. Im Rahmen der aktuellen Normierungsstudie konnten nach einer Missing Data Analyse und einer Schätzung der fehlenden Werte (EM-Algorithmus) die Angaben von 2591 Personen in die Auswertung aufgenommen werden. Nach testtheoretischen Kriterien und einer kreuzvalidierten Strukturmodellierung wurde der Fragebogen auf insgesamt 22 Items reduziert (vgl. Herwig et al., 2004; in diesem Band). Diese gekürzte Fassung war Grundlage für hierarchische Intergruppenvergleiche hinsichtlich der Eigenschaften des Strukturmodells zwischen den Indikationsgruppen Psychosomatik, Kardiologie und Orthopädie.

Ergebnisse

Die Gültigkeit des entwickelten Strukturmodells (vgl. Herwig et al., 2004; in diesem Band) konnte für die getesteten drei Indikationsbereiche bestätigt werden (CMIN=1417.939, DF=614, CMIN/DF=2.308, GFI=0.933, AGFI=0.917, CFI=0.915, RMSEA=0.027). Allerdings

¹⁹ Ein Projekt des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg/Bad Säckingen, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Deutsche Rentenversicherung.

ergeben sich hinsichtlich der Varianzen und Kovarianzen indikationsspezifische Unterschiede, wobei sich insbesondere die Gruppe der Psychosomatikpatienten von denen der Kardiologie ($\chi^2=76,6$; $df = 21$) und der Orthopädie ($\chi^2=127,1$; $df = 21$) unterscheiden. Wesentlich sind hierfür auf Faktorebene eine signifikant niedrigere Varianz der Psychosomatik-Patienten bzgl. des Faktors "Änderungsbereitschaft hinsichtlich präventivem Verhalten" sowie eine signifikant höhere Varianz bzgl. des Faktors "Einschränkungen aufgrund körperlicher Beschwerden". Im Weiteren lassen sich eine Reihe von signifikanten Gruppenunterschieden hinsichtlich der Kovarianzen zwischen einzelnen Konstrukten identifizieren.

Diskussion

Die Bestätigung der Gültigkeit des Strukturmodells in den verschiedenen Subgruppen unterstreicht die Nützlichkeit der Entwicklung eines generischen Assessmentinstruments. Gleichwohl wird deutlich, dass die Bedeutung der Faktoren nicht unabhängig von der Indikationsgruppenzugehörigkeit der Patienten ist, so dass insbesondere die Entwicklung von differenzierenden Normierungstabellen notwendig wird. Es ist zu diskutieren, inwieweit sich diese Indikationsdifferenzierung in Hinblick auf mögliche Multimorbiditäten als praxistauglich erweist oder ob andere Moderatorvariablen, wie bspw. die Erkrankungsdauer, einen höheren praktischen Nutzen aufweisen. In jedem Fall ist insbesondere bei indikationsübergreifenden Vergleichen eine Interpretation der Skalenwerte der Bildung eines Gesamtwertes vorzuziehen.

Literatur

- Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J., Nübling, R. (2000): Konzept und Dimensionen der Reha-Motivation. *Prävention und Rehabilitation*, 1, 1-10.
- Hafen, K., Jastrebow, J., Nübling, R., Bengel, J. (2001): Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO). *Die Rehabilitation*, 40, 3-11.
- Hafen, K. (2002): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation. Unveröffentlichte Dissertation, Albrecht-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Töns, N., Nübling, R., Bengel, J. (2004): Die Struktur der Rehabilitationsmotivation in verschiedenen Indikationsgruppen. In VDR (Hrsg.), *Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation* 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften, Band 52, 87.

Leistungserbringung in Form trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 6 SGB IX

Druckenmüller, A.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger Frankfurt am Main

Mit dem Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch (BGBl. 2003 Teil I Nr. 67, S. 3022) hat der Gesetzgeber die bereits mit In-Kraft-Treten des SGB IX im Jahre 2001 für alle Rehabilitationsträger geschaffenen Vorschriften zur Leistungserbringung in Form von Persönlichen Budgets in § 17 SGB IX mit Wirkung zum 01.07.2004 erweitert und konkretisiert.

Nach § 17 Abs. 2 Satz 3 SGB IX wird das Persönliche Budget von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Daneben enthält § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX eine Definition der budgetfähigen Leistungen, wonach solche Leistungen für eine Ausführung in Form von persönlichen Budgets in Betracht kommen, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. Persönliche Budgets werden nach § 17 Abs. 3 Satz 2 SGB IX so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird, wobei allerdings die Höhe des Budgets die Kosten aller individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten darf. § 17 Abs. 4 SGB IX sieht ein Auftragsverhältnis dergestalt vor, dass der nach § 14 SGB IX leistende und am Budget beteiligte Träger im Auftrag und im Namen der weiteren beteiligten Träger einen Gesamtverwaltungsakt erlässt und das weitere Verfahren durchführt.

Die Persönlichen Budgets sollen in der Zeit vom 01.07.2004 bis 31.12.2007 zunächst in Modellvorhaben unter wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung erprobt werden.

Parallel zu den Neuregelungen in § 17 SGB IX ist am 01.07.2004 die auf der Grundlage des § 21 a SGB IX erlassene Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX (Budgetverordnung) in Kraft getreten, die eine nähere Ausgestaltung des Verfahrens bei Erbringung von Leistungen zur Teilhabe in Form trägerübergreifender Persönlicher Budgets enthält. Dabei wird insbesondere festgelegt, dass die beteiligten Leistungsträger gemeinsam mit der Antrag stellenden Person ein trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren durchzuführen haben, auf dessen Grundlage sie anschließend das auf sie entfallende Teilbudget feststellen. Weiterhin wird der Abschluss einer Zielvereinbarung vorgeschrieben, die Regelungen über die individuellen Förder- und Leistungsziele, über die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie über die Qualitätssicherung enthalten muss.

In einem Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht sind weitere Änderungen des § 17 SGB IX vorgesehen, die rückwirkend zum 01.07.2004 in Kraft treten sollen. Die vorgesehenen Änderungen betreffen insbesondere die Rücknahme der Definition der budgetfähigen Leistungen für den Bereich der Leistungen zur

Teilhabe. Danach sollen alle Leistungen zur Teilhabe grundsätzlich budgetfähig sein. Außerdem wird die Möglichkeit geschaffen, dass sich die beteiligten Leistungsträger über den beauftragten Träger, der den Gesamtbescheid erlässt und das weitere Verfahren durchführt, verständigen. Auf diese Weise kann vermieden werden, dass ein Träger über Jahre hinweg als beauftragter Träger das Verfahren lenkt, obwohl er nur mit einer einmaligen, kurzfristigen oder geringen Teilleistung an dem Gesamtbudget beteiligt war.

Literatur:

- Hajen, L., 2001: Persönliche Budgets in der Behindertenpolitik, NDV, S. 66-75 u. 113-120.
Kukla, G., 2004: Umsetzung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets, KrV, S. 185-188.
Lachwitz, K., 2004: Persönliche Budgets für Menschen mit Behinderung, RdLH, S. 9-12.
Neumann, V., 2004: Trägerübergreifende Komplexleistungen im gegliederten System der sozialen Sicherheit, NZS, 281-287.

Die Unterhaltssicherung während einer Stufenweisen Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX) nach Aussteuerung – Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe? (Die Stufenweise Wiedereingliederung als Grenzfall zwischen medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

Schian, M., Dalitz, S.

IQPR, Köln

Problemstellung

In der Praxis ist es keine Seltenheit, dass ein wegen Behinderung langfristig arbeitsunfähiger Arbeitnehmer nach Aussteuerung (§ 48 SGB V) Arbeitslosengeld bezieht. Entweder, weil er zwar nicht mehr seine arbeitsvertraglich geschuldete Tätigkeit, aber noch eine sonstige 15stündige Tätigkeit ausüben kann (§ 119 Abs. 3 SGB III) oder nach § 125 SGB III. Im Jahr 2004 wurde in einem größeren Betrieb in zwei solchen Fällen nach Aussteuerung von ärztlicher Seite die Durchführung einer Stufenweisen Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX) angeregt. Für die Rehabilitanden war bei der Entscheidung über die Durchführung dieser in der Regel mehrmonatigen Maßnahme (neben der Übernahme der – geringen - Kosten der Maßnahme) die Frage der Unterhaltssicherung von erheblicher Bedeutung. Diesbezüglich vertrat in besagten Fällen die Agentur für Arbeit die Auffassung, dass für die Dauer der Maßnahme kein Arbeitslosengeld gezahlt werden könne, da die Rehabilitanden währenddessen Vermittlungsbemühungen des Arbeitsmarktes nicht mehr zur Verfügung stünden (§ 119 Abs. 1 Nr. 2 SGB III) und zudem wegen tatsächlich erbrachter Arbeitsleistungen im Betrieb nicht beschäftigungslos (§ 118 Abs. 1 Nr. 1 SGB III) seien. Es stellt sich die Frage, wie in einem solchen Fall der Unterhalt der Rehabilitanden gesichert werden kann.

Rechtslage

Der zunächst naheliegende Anspruch auf Arbeitslosengeld scheidet in den gegebenen Fällen nach dem Wortlaut der §§ 116 ff SGB III im Ergebnis zwar nicht am Tatbestandsmerkmal der Beschäftigungslosigkeit, aber an der tatsächlich eingeschränkten Verfügbarkeit des Re-

habilitanden. Die Sondervorschrift des § 120 SGB III greift nicht, denn sie erfasst nicht Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zu denen die Stufenweise Wiedereingliederung nach dem Gesetz (§ 28 SGB IX) zu zählen ist. Auch die anderen Möglichkeiten des SGB III zur Unterhaltssicherung (Unterhaltsgeld, § 153 ff SGB III und Übergangsgeld, § 160 SGB III) können letztlich nicht genutzt werden, da sie nur bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden. Dies ist Ausdruck des tradierten und in § 6 SGB IX fixierten Systems der gegliederten Rehabilitation. Bei der Untersuchung anderer Wege der Unterhaltssicherung führt auch der Rückgriff auf die den einzelnen Leistungsgesetzen grundsätzlich übergeordneten Vorschriften des SGB IX nicht weiter. § 45 SGB IX, der lediglich einen Überblick über die Unterhaltssicherung während der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe gibt, fasst zusammen, dass während Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Krankenversicherung, die Rentenversicherung und die Unfallversicherung für die Unterhaltssicherung zuständig sind. In den genannten Fällen entfiel das Krankengeld jedoch wegen § 48 SGB V, Renten- und Unfallversicherung kamen ebenfalls nicht in Betracht. Die Rehabilitanden standen also vor der Wahl, sich auf die Stufenweise Wiedereingliederung einzulassen und während ihrer Dauer nur Sozialhilfe zu erhalten, oder die Maßnahme zu verweigern und ihren Unterhalt weiterhin über das wesentlich höhere Arbeitslosengeld zu bestreiten. Dieses Ergebnis ist angesichts guter Erfolgschancen der Stufenweisen Wiedereingliederung mit den Zielen des SGB IX nur schwer zu vereinbaren.

Lösungsansatz

Die hier zu Tage tretende auch nach neuer Rechtslage bestehende Lücke im Netz der Unterhaltssicherung hat ihren Grund zum einen in der klaren gesetzlichen Einordnung der Stufenweisen Wiedereingliederung als Leistung zur medizinischen Rehabilitation und zum anderen im System der gegliederten Rehabilitation. Als Lösungen kommen unseres Erachtens zwei Wege in Betracht:

- Die schrittweise Reintegration in den betrieblichen Arbeitsablauf könnte unter der Bezeichnung einer im SGB III genannten Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben durchgeführt werden. Zu beachten ist dabei insbesondere der Ermessensspielraum der Agentur für Arbeit.
- Die analoge Anwendung der Vorschriften des SGB III über Leistungen zur Teilhabe und die Unterhaltssicherung auf die Fälle einer Stufenweisen Wiedereingliederung.

Beide Wege sind denkbar aufgrund der Nähe der stark betriebsbezogenen Stufenweisen Wiedereingliederung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Der Vortrag gibt einen Überblick über die gesetzlich geregelten Leistungen zur Teilhabe, im Rahmen derer sich der Rehabilitand in ein betriebliches Umfeld begibt und dort zumindest auch Arbeitsleistungen erbringt und bewertet die Ähnlichkeit der Stufenweisen Wiedereingliederung mit diesen Maßnahmen. Da die praktische Lösung der Fälle im Vordergrund steht, wird die Notwendigkeit von Verhandlungen mit der nach pflichtgemäßem Ermessen entscheidenden Agentur für Arbeit betont, die nicht nur die oben genannten Ansätze berücksichtigen, sondern auch mögliche Beiträge des Arbeitgebers miteinbeziehen sollten.

Literatur

Gagel, Kommentar zum SGB III, Erläuterungen zu §§ 48ff., 77ff., 97–103, 117-120, 153ff., 160 SGB III.

Hauck, Noftz, SGB IX Kommentar, Erläuterungen zu §§ 6, 28, 45 SGB IX.

Dau, Düwell, Haines, LPK-SGB IX, Erläuterungen zu §§ 6, 28, 45 SGB IX.
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004): Arbeitshilfe für die Stufenweise Wiedereingliederung. BAR, Frankfurt/Main.

Sozialgesetzgebung als lernender Prozess: Evaluation und Novellierung des SGB IX, Teil 1

Schütte, W.

Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg

Problemstellung

Das SGB IX formuliert in seinem Teil 1 ein neues Allgemeines Rehabilitationsrecht. Leistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen sollen nun zielorientiert, nach einheitlichen Grundsätzen, koordiniert, nahtlos und zügig erbracht werden. Allerdings hat es der Gesetzgeber unterlassen, diese programmatische Neuausrichtung der Leistungsrechte mit einer Organisationsreform zu verbinden, sodass sich rechts- und sozialpolitisch die Frage stellt, ob bei der Umsteuerung des Leistungssystems denn die adäquaten Instrumente eingesetzt wurden.

Verstärkt werden diese Bedenken dadurch, dass die meisten neuen Leistungsgrundsätze zwar die gesetzgeberische programmatische Intention sehr deutlich zum Ausdruck bringen, ihnen aber die konsequente normative Geltung versagt wird. Im SGB IX finden sich eine Vielzahl von Programmsätzen und Gestaltungsaufträgen, denen der Gesetzgeber einen wichtigen Aspekt der Rechtsfolgeanordnung vorenthalten hat: die Sanktionsvorschrift bei Nichtbefolgen. So zum Beispiel in den folgenden Vorschriften:

- Berücksichtigung besonderer Belange behinderter Kinder (§§ 1 S. 2, 19 Abs. 3, 30)
- Berücksichtigung besonderer Belange behinderter Frauen (§§ 1 S. 2, 19 Abs. 1 S. 3)
- Umfassende trägerübergreifende Bedarfsermittlung (§ 8 Abs. 1)
- Wunsch- und Wahlrecht im Verwaltungsverfahren der Rehabilitationsträger (§ 9 Abs. 1)
- Beteiligungsrechte gegenüber den Leistungserbringern bei der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen (§ 9 Abs. 3)
- Kooperation der Rehabilitationsträger bei der individuellen Leistungsgewährung (§§ 10 - 12)
- Kooperation der Reha-Träger bei der Erstellung gemeinsamer Richtlinien (§ 13) und bei der Infrastrukturplanung (§ 19 Abs. 1 und 4)
- Qualitätssicherung (§ 20)
- Vertragsinhalte bei Versorgungsverträgen (§ 21).

Solche Normen werden in der Sozialrechtswissenschaft als objektiv-rechtliche Verpflichtungen eingruppiert, deren Einhaltung vielleicht die Aufsichtsbehörden auf den Plan rufen könnten, ansonsten aber von den Leistungsberechtigten, Leistungsträgern oder Einrichtungen nicht einklagbar sind, was zu erheblichen Steuerungsverlusten und zu einer wenig effektiven Rechtsgewährleistung führen kann.

Struktur des Beitrags

Der Beitrag

- analysiert einige zentrale Vorschriften des Allgemeinen Rehabilitationsrechts (§§ 1 - 67 SGB IX) aus dem Jahre 2001 unter rechtssoziologischen und verwaltungswissenschaftlichen Aspekten der sozialpolitischen Steuerungswirkung;
- referiert und bewertet den von der Bundesregierung nach § 66 SGB IX zum Jahresende 2004 vorzulegenden Bericht zur Wirksamkeit des SGB IX und
- zieht Schlussfolgerungen für eine den Zielen des SGB IX entsprechende Novellierung des SGB IX.

Literatur

- Dau, D. et al. (Hrsg.) (2002): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Lehr- und Praxiskommentar, Baden-Baden.
- Kaufmann, F.X. (2001): Der Begriff Sozialpolitik und seine wissenschaftliche Bedeutung, in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 1 Grundlagen der Sozialpolitik, S. 3-102.
- Kossens, M. et al. (2002): Praxiskommentar zum Behindertenrecht, München.
- Lachwitz, K. et al. (Hrsg.): Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX, Neuwied 2002.
- Luhmann, N. (1995): Das Recht der Gesellschaft, Frankfurt
- Mrozynski, P. (2002): SGB IX Teil 1, Kommentar, München.
- Neumann, V. (Hrsg.) (2003): Handbuch SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Baden-Baden.
- Schütte, W. (2001): Modernisierung von innen? Auf dem Wege zu einem anderen Sozialstaat. Verwaltungsreform und ihre Folgen für öffentliche Dienstleistungen, in: Archiv für Soziale Arbeit H. 2, S. 52 ff.
- Schütte, W. (2003): Selbstbestimmung, Sicherstellung und Leistungserbringung im Rehabilitationsrecht des SGB IX, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge H. 9/2003.
- Schütte, W. (2004): Die Zukunft der Eingliederungshilfe: Zwischen SGB IX und „Bundesbehindertengeld“. Eine rechtspolitische Zwischenbilanz. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge H. 9/2004.
- Schuppert, G.F. (2002): Verwaltungswissenschaft, Baden-Baden.
- Zacher, H.F. (2001): Grundlagen der Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: Bundesministerium etc. (s. Kaufmann), S. 333-684.
- Zacher, H.F. (2001): Der soziale Rechtsstaat in der Verantwortung für Menschen mit Behinderungen, in: Igl/Welti (Hrsg.): Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderungen und für die Rehabilitation, Wiesbaden.

Schwerbehindertenvertretung und Rehabilitationsträger - ein wichtiges Kooperationsverhältnis

Kohte, W., Pick, D.

Martin-Luther-Universität Halle

Durch das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter (SchwbbAG) sowie das inzwischen bereits novellierte SGB IX ist die Stellung der Schwerbehindertenvertretung (SBV) in mehrfacher Weise gestärkt worden, so dass sie für die Rehabilitationsträ-

ger ein wichtiger Kooperationspartner sein kann. Von Anfang an war die SBV nicht nur ein Organ der kollektiven innerbetrieblichen Interessenvertretung, sondern ihr waren auch außerbetriebliche Funktionen in der Beratung und Unterstützung der einzelnen Behinderten übertragen, so dass sie vor allem mit den Hauptfürsorgestellten - den Vorgängern der Integrationsämter - zusammenarbeiten konnte. In der aktuellen Fassung des § 95 SGB IX können verschiedene außerbetriebliche Funktionen unterschieden werden:

- die Unterstützung von Beschäftigten bei der Stellung statusbezogener Anträge (§ 95 Abs. 1 S. 3);
- die Beantragung präventiver Maßnahmen, die den schwerbehinderten Menschen dienen, bei den zuständigen Stellen (§ 95 Abs. 1 S. 2);
- die rechtsgeschäftliche Vertretung einzelner schwerbehinderter Beschäftigter (§ 95 Abs. 1 S. 1).

Auch wenn die Unterstützung von Beschäftigten in Statusfragen, wie der Anerkennung als schwerbehinderte Person nach § 69 SGB IX sowie der Gleichstellung nach § 68 Abs. 2 SGB IX zu den klassischen Tätigkeiten der SBV gehören, sind sie doch erst 2000 ausdrücklich in den Aufgabenkatalog der SBV aufgenommen worden. Es ergibt sich aus der Natur der Sache, dass es sich hier um einen Schutz im „Vorfeld“ des Schwerbehindertenrechts (Masuch, 2001; § 95 Rz. 20) handelt, so dass die Wahrnehmung der Sprechstunden (§ 96 Abs. 9 SGB IX) allen in Betracht kommenden Beschäftigten offen stehen muss (Düwell, 2004; § 20 Rz. 100). Die Wendung der Schwerbehindertenpolitik zur stärkeren Betonung präventiver Maßnahmen gibt der SBV inzwischen einen veränderten Handlungsrahmen, der über die klassischen Statusfragen weit hinausgeht (Feldes, 2000; 371, 376). Mit der Regelung spezifischer Verfahren zur präventiven Gestaltung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen gewinnt das bereits vorher bestehende Antragsrecht der SBV eine neue Dimension. Zur präventiven Politik gehört es, dass die behinderungsgerechte Gestaltung der Arbeitsplätze und die Ausstattung des Arbeitsplatzes mit Arbeitshilfen rechtzeitig erfolgen sollen (Düwell, 2004; § 20 Rz. 91). Dazu stehen der SBV neben der innerbetrieblichen Vertretung auch Möglichkeiten der außerbetrieblichen Kommunikation mit sämtlichen Rehabilitationsträgern und der jeweiligen Servicestelle zu (Kohte, 2003; 107, 120). Dies soll am Beispiel der Lastenhandhabung verdeutlicht werden. Arbeitsschutzrechtlich sind eine präventive Gefährdungsbeurteilung und die Einrichtung technischer Hilfen vorgeschrieben, die jedoch nicht selten nicht bzw. nicht rechtzeitig realisiert werden. Das Präventionsverfahren nach § 84 SGB IX gibt einen geeigneten Rahmen für präventive Maßnahmen (Zipprich, 2004; 254 ff.), so dass die SBV z.B. die zuständige Berufsgenossenschaft und die Arbeitsschutzbehörde einschalten kann, die zu beratender bzw. aufsichtlich-anordnender Tätigkeit verpflichtet sind. Ebenso können arbeitsplatzbezogene Maßnahmen in der Nachsorge einer Rehabilitationsmaßnahme des jeweiligen Rentenversicherungsträgers auf diese Weise gesichert werden. Das Antragsrecht der SBV legitimiert nicht zur Stellvertretung der Beschäftigten, die allerdings in Einzelfällen die Vertrauensperson bevollmächtigen können (Düwell, 2004; § 20 Rz. 97). Ohne Vollmacht kann die SBV kein förmliches Verwaltungsverfahren betreiben, ihr stehen jedoch die allgemeinen Beratungsrechte nach § 14 SGB I und die besonderen Kooperationsrechte nach § 99 Abs. 2 SGB IX zu, so dass auf die jeweiligen Anregungen und Anträge sachlich einzugehen ist. Für die Rehabilitationsträger ist die SBV ein wichtiger Ko-

operationspartner für den gezielten Ausbau präventiver Maßnahmen, so dass sie auch bei Betriebsbegehungen und betrieblichen Informationsveranstaltungen heranzuziehen ist.

Literatur

- Düwell, F.J. (2004): Kollektive Vertretung und Beauftragter des Arbeitgebers, in Neumann, V. (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Baden-Baden.
- Feldes, W. (2000): Die Gesetzesinitiative zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter, AiB, 371 ff.
- Kohte, W. (2003): Die Verantwortung für Prävention im Arbeitsleben von Arbeitgeber, Rehabilitationsträgern und Integrationsamt, in Igl, G., Welti, F. (Hrsg.), Gesundheitliche Prävention im Sozialrecht, Wiesbaden, 107 ff.
- Masuch, P. (2001): In Hauck, K., Noftz, W. (Hrsg.), SGB IX, Berlin.
- Zipprich, J. (2004): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch manuelles Handhaben von Lasten, Diss. Halle.

Teilhabe vor Kündigung - Anforderungen an Rehabilitationsträger im betrieblichen Eingliederungsmanagement

Masuch, P.

Bundessozialgericht, Kassel

Präventionsberatung nach SGB IX

Die im SGB IX angeordnete betriebliche Prävention errichtet ein innerbetriebliches Integrationssteam aus Arbeitgeber, Beauftragtem und Interessenvertretungen (§§ 84, 93, 95, 98 SGB IX). Bei personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten des schwerbehinderten oder gleichgestellten Arbeitnehmers schaltet der Arbeitgeber frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung ein (§ 84 Abs. 1 SGB IX); bei mehr als sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit eines Beschäftigten tritt der Arbeitgeber an den Betriebsrat, in Fällen schwerbehinderter (und gleichgestellter) Menschen außerdem an die Schwerbehindertenvertretung heran (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Diese Initiativen dienen jeweils dem Ziel, alle Möglichkeiten und Hilfen zur Beratung und finanziellen Leistung abzuklären, um Abhilfe zu schaffen: Zur Beseitigung der genannten Schwierigkeiten wie zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit bzw. zu deren Vorbeugung. Immer geht es dabei um die Sicherung der möglichst dauerhaften Fortsetzung des Arbeits- bzw. Beschäftigungsverhältnisses ("betriebliches Eingliederungsmanagement").

Betriebliche Prävention mittels Integrationsvereinbarung

Das Rechtsverhältnis der betrieblichen Akteure im Kontext der betrieblichen Prävention ist ein Gegenstand der verbindlichen Integrationsvereinbarung gemäß § 83 SGB IX: Der Arbeitgeber ist der Schwerbehindertenvertretung gegenüber zum Abschluss einer Integrationsvereinbarung verpflichtet, deren Regelungsinhalt sich auch (m. E.: vor allem!) auf das betriebliche Eingliederungsmanagement erstreckt (§ 84 Abs. 2a SGB IX). Weigert sich der Arbeitgeber, seiner Pflicht zum Abschluss der Integrationsvereinbarung nachzukommen, ist im Zustimmungsverfahren nach §§ 85 ff SGB IX zu prüfen, inwieweit die Zustimmung zur Kündigung deshalb zu versagen ist.

Die Integrationsvereinbarung enthält die Regelungen im Zusammenhang mit der Eingliederung schwerbehinderter und gleichgestellter Menschen vor allem hinsichtlich Personalplanung, Gestaltung von Arbeitsplätzen, Arbeitsfeld, Arbeitsorganisation und Arbeitszeit (§ 83 Abs. 2 SGB IX), darüber hinaus aber auch hinsichtlich der Durchführung der betrieblichen Prävention (§ 83 Abs. 2a Nr. 5 SGB IX). Maßstab für die Qualität einer effektiven Integrationsvereinbarung dürfte vor allem die Frage sein, ob sie sich eine nähere Ausgestaltung des betrieblichen Eingliederungsmanagements zur Aufgabe stellt und wie sie ihr gelingt.

Schnittstelle zur Rehabilitationsberatung

Die Integrationsvereinbarung schafft damit die konzeptionelle Grundlage für die Ausgestaltung der Beziehungen zu den Rehabilitationsträgern. Im Gesetz ist der Interventionspunkt so formuliert: "Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen" (§ 84 Abs. 2 Satz 4 SGB IX). Die Rehabilitationsträger sind mithin bei den Fällen mehr als sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit (nicht nur von schwerbehinderten oder gleichgestellten Beschäftigten) angesprochen; sie wirken nach Satz 5 a. a. O. darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich erbracht werden.

Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Absatz 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. März 2004

Die am 1. April 2004 in Kraft gesetzte gemeinsamen Empfehlung trifft konkretere Maßgaben an der Schnittstelle von Rehabilitationsträgern und Akteuren der betrieblichen Prävention. Dem vorrangigen Ziel verpflichtet, den Arbeitsplatz zu erhalten, wird als Mittel eine "Informations- und Kommunikationsplattform" als Aufgabe der Rehabilitationsträger geschaffen, angeknüpft an die örtlichen gemeinsamen Servicestellen. Im "Verfahren zur Erkennung von Leistungen zur Teilhabe auf der betrieblichen Ebene" wird die Sicherstellungsverantwortung der Rehabilitationsträger für einen kontinuierlichen Informationsaustausch der Akteure (vgl. § 13 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX) aufgegriffen. Zutreffend heißt es: "Handlungsbedarf besteht immer dann, wenn bei einem Abgleich von betrieblichen Anforderungen und individuellem Gesundheitszustand eine Diskrepanz auftritt, die nicht durch innerbetriebliche Maßnahmen wie Modifizierung der Arbeitsanforderungen bzw. Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz oder eine Optimierung der bisherigen Therapie gelöst werden kann".

Das empfohlene Verfahren knüpft damit ausdrücklich an die vorhandenen betrieblichen Organisationsstrukturen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz an und macht sich zu Recht deren (Weiter-)Entwicklung zum Anliegen. Es irritiert, wenn die Integrationsvereinbarung hier keine Erwähnung findet. Beide Regelwerke - die jeweiligen Integrationsvereinbarungen und die gemeinsame Empfehlung - zielen auf den "blinden Fleck" des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Welchen Beitrag kann jeder Akteur im Einzelfall leisten, um den Arbeitsplatz zu sichern? Passgenaue Lösungen finden sich im Ernstfall leichter, wenn "Integrationsteam" und "Plattform" eine trittfeste Verbindung eingegangen sind.

Kündigung als ultima ratio

Die oben entwickelte Zielsetzung der Arbeitsplatzsicherung durch betriebliche Prävention ist arbeitsrechtlich relevant. Die (ordentliche personenbedingte) Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber muss letztes Mittel (ultima ratio) sein. Sie scheitert vor dem Arbeitsgericht als sozial ungerechtfertigt, wenn nicht alle zumutbaren Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, um sie zu vermeiden. Der Arbeitgeber muss darlegen können, dass er sich um geeignete Teilhabeleistungen, insbesondere also die zuständige Interessenvertretung in den Fällen des § 84 SGB IX eingeschaltet und bei in Betracht gekommenen Teilhabeleistungen die örtliche gemeinsame Servicestelle hinzugezogen hat. Die Verfügbarkeit geeigneter Teilhabemaßnahmen und deren individuelle Erfolgsaussicht, verbunden durch die hohe Beratungskompetenz des Rehabilitationsträgers, entscheiden mit über den Bestand des Arbeitsverhältnisses. Je näher der Rehabilitationsberater am betrieblichen Geschehen - und damit eingebunden in das betriebliche Eingliederungsmanagement - ist, um so eher kann er hier mit Erfolg "Diskrepanzen" ausgleichen und Teilhabeleistungen bestimmungsgemäß einbringen.

Literatur

- Gagel, Schian (2004): Eingliederungsmanagement auf der Basis der Novelle zum SGB IX und der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX, Forum B - Schwerbehindertenrecht und Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, Info Nr. 1 und 2.
- Feldes (2003): Handbuch Integrationsvereinbarung, Frankfurt.
- Hauck, Noftz, Masuch, SGB IX Kommentar (Loseblatt).
- Kittner, Däubler, Zwanziger, Kündigungsschutzrecht, 6. Auflage, Kommentar für die Praxis.
- Kothe (2003): Die Verantwortung für Prävention im Arbeitsleben von Arbeitgebern, Rehabilitationsträgern und Integrationsamt, Zeitschrift für Sozialreform, 443.

Ersetzung von fehlenden Werten mit Multipler Imputation an einem empirischen Datensatz

Igl, W.

Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Bei der Erhebung von Daten im Rahmen von rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsprojekten ist das Problem von fehlenden Werten (missing data) stets gegenwärtig. Insbesondere wenn von Patienten viele verschiedene Informationen erfragt bzw. erfasst werden, steigt die Wahrscheinlichkeit, unvollständige Datensätze zu erhalten. Dies kann zu erheblichen Beeinträchtigungen der Aussagekraft der Ergebnisse durch eine Verzerrung der erhobenen Daten bzw. durch eine Verringerung der statistischen Power führen (Hair et al., 1998; Wirtz, 2004). Im vorliegenden Beitrag wird die Methode Multiple Imputation zur Behandlung von fehlenden Werten vorgestellt, die der Gruppe der Imputationsverfahren zuzuordnen ist, welche fehlende Werte zu ersetzen versuchen. Am Beispiel eines realen Datensatzes werden die Durchführung dieses Verfahrens und seine Auswirkungen auf Ergebnisse im Vergleich zu konventionellen Fallausschlussverfahren (listenweisem und paarweisem Fallausschluss) verdeutlicht.

Bei Multipler Imputation wird ein einzelner fehlender Wert durch $m > 1$ plausible Werte geschätzt, wodurch m vollständige Datensätze erzeugt werden. Auf der Grundlage der erhaltenen m Datensätze können nun mit herkömmlichen Statistikprogrammen Berechnungen durchgeführt werden, wobei die ggf. unterschiedlichen Ergebnisse für den jeweiligen Datensatz Rückschlüsse auf die Streuung der Statistiken zulassen. Dieser Ansatz stellt eine Erweiterung einfacher Imputationsmethoden dar, bei welchen ein fehlender Wert durch einen einzelnen Schätzwert ersetzt wird (z. B. Mittelwert, Regression, Wert eines ähnlichen Falles u. a.; Hair et al., 1998; Little & Rubin, 2002).

Anhand eines empirischen Datensatzes ($N_{\text{ges}}=898$) mit Lebensqualitätsdaten (SF-36, IRES-3) von orthopädischen/rheumatologischen ($N_{\text{OR}}=514$) und kardiologischen Patienten ($N_{\text{K}}=384$) wird die Vorgehensweise bei der Anwendung von Multipler Imputation bei statistischen Auswertungen erläutert (Sinharay et al., 2001). In diesem Zusammenhang wird die frei erhältliche Software NORM (Schafer, 2000) vorgestellt, die in Kombination mit herkömmlichen Statistikprogrammen derartige Auswertungen ermöglicht. Auf weitere Möglichkeiten mit freier Software Multiple Imputation, z. B. auch mit kategorialen oder gemischten Daten, durchzuführen, wird hingewiesen.

Die resultierenden Maße der zentralen Tendenz (z. B. Mittelwert) oder der Variabilität (z. B. Streuung) bei Anwendung von Multipler Imputation werden denen auf der Grundlage von konventionellen Strategien zur Behandlung von fehlenden Werten ermittelten gegenüber gestellt. Zu diesen zählen Ansätze zum Umgang mit fehlenden Daten wie listenweiser (complete case approach) oder paarweiser (available case approach) Fallausschluss. In

diesem Zusammenhang werden auch Bedingungen genannt, unter denen Multiple Imputation sich als besonders leistungsfähig erweist oder aber suboptimale Ergebnisse liefert.

Insgesamt stellt Multiple Imputation sowohl einen vergleichsweise einfachen als auch validen und effizienten Ansatz zum Umgang mit fehlenden Werten dar, der aufgrund der Verfügbarkeit entsprechender Software ohne großen finanziellen Aufwand auch in der Rehabilitationsforschung praktisch anwendbar ist.

Literatur

- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., Black, W.C. (1998): *Multivariate Data Analysis* (5. ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Little, R.J.A., Rubin, D.B. (2002): *Statistical analysis with missing data*. New York: Wiley.
- Schafer, J.L. (2000): *NORM (Version 2.03 for Windows)* [Computer Software]. <http://www.stat.psu.edu/~jls/misoftwa.html>.
- Sinharay, S., Stern, H.S., Russell, D. (2001): The use of multiple imputation for the analysis of missing data. *Psychological Methods*, 6, 317-329.
- Wirtz, M. (2004): Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und reduziert werden kann. *Rehabilitation*, 43, 109-115.

Einsatz der Latent Class Analyse zur Identifikation typischer Zielprofile von Patienten in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation

Wirtz, M. (1), Kuhl, H.-C.. (2), Bengel, J. (1), Gerdes, N. (3)

- (1) Institut für Psychologie, Universität Freiburg, (2) Psychiatrische Universitätsklinik, Basel
(3) Hochrhein-Institut, Bad Säckingen

Hintergrund

Die individuellen Erwartungen und Ziele eines Patienten an eine rehabilitative Behandlung sind zentral für die Planung von Behandlungsmaßnahmen und zur Bewertung der Effektivität für den Patienten (Gerdes et al., 2000). Die Orientierung an den individuellen Zielen soll es ermöglichen, verschiedene Teilprozesse in der Rehabilitation zu integrieren und die Behandlung auf die individuellen Belastungssituation abzustimmen. Um patientenspezifischen Therapiezielstrukturen Rechnung tragen zu können, hat Gerdes (1998; vgl. auch Zwingmann, 2003) das Verfahren der Zielorientierten Ergebnismessung (ZOE) entwickelt. Am Beispiel des IRES-2-Patientenfragebogens wurde folgende Vorgehensweise für das ZOE-Verfahren vorgeschlagen: Zu Beginn der Behandlung werden in Abstimmung zwischen Arzt und Patient 3 bis 7 von insgesamt 31 möglichen Bereichen aus dem IRES-2-Patientenfragebogen als Ziele markiert. Nur die Veränderungen in diesen Bereichen werden bei der ZOE zur Evaluation herangezogen. In dieser Untersuchung wird der Frage nachgegangen, ob sich Gruppen von Patienten mit ähnlichen Zielprofilen identifizieren lassen.

Methodik

In zwei Patientenstichproben aus der kardiologischen (N = 2535) und orthopädischen (N = 2596) Rehabilitation wurden die Zielmarkierungen aus den vier IRES-Bereichen (a) Schmerzen, Symptome (8 mögliche Ziele), (b) Risikofaktoren (8 mögliche Ziele), (c) Behin-

derung im Alltag (5 mögliche Ziele) und (d) Psychisches Belastung/Soziale Probleme) jeweils separat mittels einer Latent Class Analyse (Rost, 2003) ausgewertet. Die Anzahl der latenten Klassen wurde auf Basis des Aikaike Informationskriterium bestimmt. Jede latente Klasse zeichnet sich dadurch aus, dass deren Mitglieder die einzelnen möglichen Ziele eines Bereiches mit gleicher Wahrscheinlichkeit auswählen. Die Passung des Modells wurde mittels des bootstrap p-Wertes überprüft.

Ergebnisse

In der Orthopädie kann in allen analysierten Bereichen die Auswahl der Ziele durch vier latente Patiententypen vorhergesagt werden. In der Kardiologie existieren im Bereich „Schmerzen und Symptome“ sowie „Risikofaktoren“ jeweils sechs Klassen von Patienten. Für den Bereich „Behinderung im Alltag“ können drei und für den Bereich „Psychische Belastung/Soziale Probleme“ sieben Klassen identifiziert werden. Die folgende Tabelle zeigt exemplarisch für den Bereich „Risikofaktoren“ die Auswahlwahrscheinlichkeit der Einzelaspekte in den Klassen für die beiden Indikationsgruppen im Vergleich. In der Orthopädie ist die erste Klasse beispielsweise dadurch gekennzeichnet, dass deren Mitglieder keines der möglichen Ziele aus dem Bereich der Risikofaktoren mit einer Wahrscheinlichkeit größer .09 wählen. Hingegen werden in Klasse 2 „Übergewicht“, „Bewegungsmangel“ und auch „Hochdruck“ mit erhöhter Wahrscheinlichkeit gewählt. Für Klasse 3 sind die Ziele „Übergewicht“, „Cholesterin“, „Diabetes“ und vor allem „Hochdruck“ charakteristisch.

		Rau- chen	Über- gewicht	Bewe- gungsm.	Stress	Alko- hol	Medika- mente	Choles- terin	Dia- betes	Hoch- druck
Ortho- pädie (N=2596)	Kl. 1	,03	,09	,01	,02	,00	,00	,02	,01	,00
	Kl. 2	,12	,55	,32	,08	,00	,03	,03	,03	,25
	Kl. 3	,01	,30	,00	,00	,01	,00	,17	,21	,66
	Kl. 4	,68	,23	,28	,47	,30	,04	,05	,03	,00
Kardio- logie (N=2535)	Kl. 1	,09	,08	,01	,04	,00	,00	,00	,06	,04
	Kl. 2	,13	,08	,04	,08	,00	,00	,92	,11	,39
	Kl. 3	,02	,41	,06	,00	,00	,00	,36	,49	,75
	Kl. 4	,09	,98	,18	,09	,02	,03	,75	,08	,58
	Kl. 5	,31	,51	,92	,29	,00	,00	,05	,02	,02
	Kl. 6	,97	,56	,44	,46	,51	,23	,22	,25	,15

Tabelle 1: Wahrscheinlichkeiten mit denen Patienten die jeweiligen Unter Aspekte aus dem Bereich „Risikofaktoren“ als Ziel für ihre Behandlung auswählen. (Auffällig hohe Werte sind fett markiert).

Diskussion

Durch die Latent Class Analyse konnten in beiden Indikationsgruppen jeweils typische Zielprofile für alle vier analysierten Bereiche identifiziert werden. Dieser Befund kann zur Weiterentwicklung des ZOE-Verfahrens genutzt werden: Durch die Berücksichtigung der Klassenlösungen werden Gruppenvergleiche möglich und insbesondere individuelle Veränderungen können innerhalb der Klassen zwischen Patienten begründet verglichen werden (vgl. Zwingmann, 2003). Die Identifikation typischer Zielprofile ist von hohem Nutzen, da die nachgewiesene subgruppenspezifische Homogenität von Erwartungen innerhalb von Patientengruppen für die Behandlungsplanung und -evaluation ausgenutzt werden können, ohne die Heterogenität der Ansprüche an die Behandlung ignorieren zu müssen.

Literatur

- Gerdes, N. (1998): Rehabilitationseffekte bei „zielorientierter Ergebnismessung“. Ergebnisse der IRES-ZOE-Studie 1996/97. Deutsche Rentenversicherung, 3-4, 217-238.
- Gerdes, N., Bengel, J., Jäckel, W.H. (2000): Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung. In: Bengel, J., Jäckel, W.H.: Zielorientierung in der Rehabilitation. Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/ Bad Säckingen, 3-12. Regensburg: Roderer.
- Rost, J. (2003): Testtheorie – Testpraxis. Bern: Huber.
- Zwingmann, C. (2003): Zielorientierte Ergebnismessung (ZOE) mit dem IRES-Patientenfragebogen: Eine kritische Zwischenbilanz. Rehabilitation, 42, 226-235.

Vorhersage vorzeitiger Berentung nach stationärer Rehabilitation wegen Adipositas - ein Prognosemodell basierend auf Routinedaten der Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg

Moßhammer, D. (1), Ring, C. (1), Kaluscha, R. (2), Muche, R. (1)

(1) Universität Ulm, Abteilung Biometrie und Med. Dokumentation, (2) Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm

Fragestellung

Adipositas gilt als Risikofaktor für zu vorzeitiger Berentung führenden Krankheiten wie Arthrose, Wirbelsäulenleiden und Herz-Kreislaufkrankungen. Übergewichtige Menschen haben ein etwa verdoppeltes Risiko für eine vorzeitige Berentung (Römppler, 2001). Ziel war es, anhand von Routinedaten aus der Forschungsdatenbank „Patientenkonto“ (Kaluscha, Jacobi, 2000) bei stationär rehabilitierten Patienten mit Hauptdiagnose Adipositas Variablen zu identifizieren, die signifikanten Einfluss auf eine vorzeitige Berentung haben. Ein solches Prognosemodell könnte zu frühzeitiger Identifizierung von Risiko-Patienten beitragen und die Einleitung adäquater Maßnahmen beschleunigen. Außerdem sollte das angewandte Modell hinsichtlich theoretischer Güte und praktischer Anwendbarkeit kritisch diskutiert und bewertet werden (Moßhammer, 2004).

Daten und Methodik

Die Daten der retrospektiven Untersuchung (n=599) stammen aus der Zeit von 05/97 bis 12/99 mit einer Nachbeobachtungszeit bis 06/03. Die vollständige Datenmatrix bestand aus

226 Beobachtungen. Die Prävalenz der EM betrug 19,5 % (n=44). Nach univariater induktiver Auswertung ($\alpha=0,1$; zweiseitig), Prüfung auf Multikolarität ($r > 0,7$, $CI > 10$ und $POV > 0,6$) und einflussreiche Beobachtungen ($difchisq > 50$) wurde eine multiple logistische Regression (Backward-Selektion, $\alpha=0,1$), eine Reklassifikation bei maximalem Youden-Index und eine ROC-Analyse durchgeführt. Eine Modellvalidierung fand mit Hilfe der Bootstrap-Technik statt. Für diese Entwicklungsschritte wurden speziell entwickelte SAS-Makros eingesetzt (Muche, 2004).

Ergebnisse

Von den initial 28 als potentiell einflussreich definierten Variablen verblieben nach obig beschriebener Vorgehensweise drei Variablen im endgültigen Modell:

6. Leistung (Entlassungsbericht Blatt 1a): Einschätzung des zeitlichen Umfanges, in dem die letzte berufliche Tätigkeit künftig ausgeübt werden kann, durch den Arzt (mehr als halbtags=0, halbtags und weniger=1)

Einschränkung (Entlassungsbericht Blatt 1a): Angabe des Arztes, ob Einschränkungen im Leistungsbild bestehen (nein=0, ja=1)

Alter (in Jahren)

Tabelle 1: Variablen im Endmodell (Intercept: -12,82; $R^2=0,497$), * Kodierung siehe Text

Variable	Ausprägungen*	p-Wert	β	SE	OR (95 %-KI)
Leistung	0				
	1	0,015	1,81	0,75	6,09 (1,41–26,26)
Einschränkung	0				
	1	0,016	1,09	0,45	2,94 (1,22–7,14)
Alter	Jahre	<0,0001	0,23	0,04	1,26 (1,16–1,37)

Tabelle 2: Kenngrößen der ROC-Analyse nach Bootstrap-Validierung (Trennpunkt bei max. Youden-Index 0,63):

	AUC	Sensitivität	Spezifität	PPV	NPV
Enhanced Bootstrap-Schätzer	0,874	0,725	0,865	0,566	0,926

AUC: Area under the curve, PPV: Positiver Vorhersagewert, NPV: Negativer Vorhersagewert

Diskussion

Im Endmodell finden sich drei Variablen, die allgemeine und weniger Adipositas spezifische Aussagen machen:

- Das Risiko einer vorzeitigen Berentung ist bei ärztlicher Einschätzung, die letzte berufliche Tätigkeit weniger als halbtags verrichten zu können, um ca. das 6-fache erhöht gegenüber der Einschätzung, diese mindestens halbtags verrichten zu können
- das Risiko einer vorzeitigen Berentung beträgt bei der Angabe von Einschränkungen im Leistungsbild etwa das 3-fache gegenüber der Angabe keiner Einschränkungen

- der Altersunterschied von einem Jahrzehnt erhöht das Risiko einer vorzeitigen Berentung um etwa das 10-fache ($1,26^{10}=10,1$)

Eine AUC von 0,87 spricht für eine gute Prognosegüte dieses Modells für die Zielgröße vorzeitige Berentung bei stationären Patienten mit Hauptdiagnose Adipositas. Gesunde, also Erwerbsfähige, werden mit einer hohen Wahrscheinlichkeit vorausgesagt, nämlich mit ca. 93 % (NPV). Bei einer Prävalenz von 20 % kann dieser diagnostische Test also entsprechend als Ausschlussstest verwendet werden. Insgesamt zeigt sich, dass mit relativ wenigen Informationen die Prognose einer vorzeitigen Berentung bei stationären Patienten mit Hauptdiagnose Adipositas getroffen werden kann und so eine Perspektive für eher individualisierte, risikoadaptive Rehabilitation eröffnet wird.

Literatur

- Kaluscha, R., Jacobi, E. (2000): Eine Datenbank zur Effektivitätsbeurteilung: Das Datenkonzept des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Ulm. DRV-Schriften 20, 218-219.
- Moßhammer, D. (2004): Logistische Regressionsmodellierung anhand routinemäßig erhobener Daten zur Vorhersage drohender Erwerbsminderung bei Patienten der LVA Baden-Württemberg, die wegen Adipositas stationär rehabilitiert wurden. Magisterarbeit Public Health, Uni Ulm.
- Muche, R. (2004): Entwicklung und Validierung von Prognosemodellen auf Basis der logistischen Regression. Habilitationsschrift Medizinische Fakultät, Uni Ulm.
- Römppler, A. (2001): Das Übergewicht in der Rehaklinik, Vortrag auf der Tagung des Berufsverbandes Dt. Ernährungsmediziner (BDEM), Erlangen.
- Online: <http://www.bdem.de/tagungen/abstracts2/uebergewicht.htm> (aufgerufen am 14.08.04).

Ist die subjektive Erfolgsbewertung der Rehabilitation ein valides Maß für die Ergebnisevaluation von Rehabilitationsmaßnahmen?

Muraitis, A., Hansmeier, T., Müller-Fahrnow, W., Dohnke, B.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zweck der Studie

Neben den durch objektive Parameter nachweisbaren Reha-Ergebnissen ist der subjektiv vom Patienten beurteilte Erfolg eine wichtige Outcome-Komponente (SGB IX). Der subjektive Reha-Erfolg wurde bisher in der Regel indirekt über Veränderungen selbstberichteter Gesundheitsmaße (wie HADS, SF-36 etc.) bestimmt (vgl. Kohlmann & Raspe, 1998). Die Frage ist nun, ob der subjektive Reha-Erfolg auch valide über eine retrospektive bzw. direkte Bewertung wie „die Rehabilitation hat mir geholfen“ erhoben werden kann. Anders als ein indirektes erfasst ein solch direktes Erfolgsmaß die wahrgenommene und der Rehabilitation zugeschriebene Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. der Lebensqualität. Erweist sich dieses direkte Urteil als valide, so kann es als Indikator für den subjektiven Erfolg eingesetzt werden. In der vorliegenden Untersuchung wird angenommen, dass die subjektive Einschätzung des Rehabilitationserfolgs ein valides Maß für die Ergebnisevaluation von Rehabilitationsmaßnahmen ist und sie tatsächlich gesundheitliche Veränderungen durch die

Rehabilitation ausdrückt und nicht bloß eine allgemeine Reha-Zufriedenheit widerspiegelt. Die Untersuchungsfrage ist, kann bei Patienten mit unterschiedlicher Reha-Bewertung sechs Monate nach der Reha ein unterschiedlicher Reha-Verlauf seit Reha-Beginn beobachtet werden? D.h. erfahren Patienten, die die Reha als Erfolg beurteilen, auch tatsächlich größere Verbesserungen ihres Gesundheitszustands als Patienten, die die Reha eher weniger erfolgreich bzw. nicht als Erfolg beurteilen?

Methodik und Studiendesign

Die Daten stammen aus der MBO Evaluationsstudie, die in einer Reha-Klinik mit MBO-Konzept (Bavaria Klinik Freyung) und einer Reha-Klinik mit herkömmlichem Reha-Konzept (Bavaria Klinik Bad Kissingen) durchgeführt wurde (N=1170 Patienten). Die subjektive Erfolgsbewertung der Rehabilitation wurde im Rahmen der 6-Monats-Katamnese erfasst. Die Patienten wurden gebeten die Frage: „Alles in allem, meinen Sie, dass Ihnen die Reha-Maßnahme geholfen hat?“ auf einer 3-stufigen Antwortskala („hat gar nicht geholfen“, „hat etwas geholfen“, „hat sehr geholfen“) zu beantworten. Als Validitätskriterien der subjektiven Erfolgsbewertung dienten erhobene Gesundheits- und Partizipationsmaße zu Beginn der Rehabilitation und 6 Monate später: EQOL, HADS, SF-36, Schmerzstärke, ABB (Arbeitszufriedenheit) und Erwerbstätigkeit.

Ergebnisse

Mit Hilfe des allgemeinen linearen Modell (GLM) für Messwiederholungen wird geprüft, ob für die drei Antwortkategorien der subjektiven Erfolgsbewertung der Rehabilitation signifikante Unterschiede in Veränderungen körperlicher, psychischer und berufsbezogener Merkmale bestehen, unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Kostenträgerzugehörigkeit und des Ausgangsstatus. Signifikant unterschiedliche Verläufe bzw. Veränderungen zeigen sich in den Skalen EQOL, der Ängstlichkeits- und Depressivitätsskala des HADS, den Hauptskalen des SF-36, der Schmerzskala, der Arbeitszufriedenheit (ABB) und im Erwerbsstatus (insbesondere: Erhaltung der Erwerbstätigkeit). Bei Patienten, die angeben, die Reha hat ihnen geholfen, sind größere Reha-Effekte zu beobachten als bei Patienten, die angeben, die Reha hat ihnen etwas oder gar nicht geholfen. Zusätzlich wurden schrittweise lineare Regressionen durchgeführt. Im ersten Schritt der Analyse wurde der jeweilige Ausgangswert der abhängigen Variablen eingeschlossen, um sicherzustellen, dass die Veränderung in der Variable unabhängig vom Ausgangswert vorhergesagt wird. In einem zweiten Schritt wurden Alter, Geschlecht und Kostenträgerzugehörigkeit als Kontrollvariablen in die Gleichung aufgenommen. Darüber hinaus klärt die im dritten Schritt eingeführte Variable der Reha-Bewertung für körperlich orientierte Maße zusätzlich 12% der Varianz auf. Bei psychisch orientierten Maßen und bei berufsorientierten Maßen zeigt sich dagegen eine Varianzaufklärung von etwa 2 %.

Diskussion

Die subjektive Reha-Bewertung ist ein valides Maß zur Beurteilung des Reha-Erfolgs - vor allem als Indikator für die Verbesserungen der körperlicher Gesundheit. Die Einsatz- und Auswertungsmöglichkeiten dieses Items und die Frage, ob die direkte subjektive Bewertung in der Lage ist auch maßnahmenspezifische Erfolge abzubilden, sollen diskutiert werden.

Schlussfolgerungen, Ausblick

Es ist möglich mit einer einzigen direkten Einschätzung des Reha-Erfolgs körperbezogene gesundheitliche Veränderungen zu erfassen. Die Erfassung dieser subjektiven Einschätzung sechs Monate nach der Entlassung gibt valide Informationen über tatsächlich beobachtbare Veränderungen in der subjektiven Gesundheit und wenn auch im geringeren Maße Verbesserungen arbeits- und berufsbezogener Variablen.

Literatur

- Knäuper, B., Turner, P.A. (2003): Measuring health: Improving the validity of health assessments. *Quality of Life Research*, 12 (Suppl. 1), 81-89.
- Kohlmann, T. Raspe, H. (1998): Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen „indirekte“ und „direkte“ Methoden der Veränderungsmessung überein? *Rehabilitation*, 37 (Suppl. 1), 30-37.
- Neuberger, O., Allerbeck, M. (1978): Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem „Arbeitsbeschreibungs-Bogen (ABB)“. Bern: Huber.

Rehabilitation und Diagnosis Related Groups (ReDia-Studie) - Auswirkungen der Einführung der DRGs im Akutbereich auf die medizinische Rehabilitation

Klemann, A., Eiff, W. von, Middendorf, C.

Institut für Krankenhausmanagement, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Hintergrund

Für die deutschen Akutkrankenhäuser wurde verbindlich zum 1. Januar 2004 ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass die Einführung eines solchen DRG-Systems zu erheblichen Auswirkungen nicht nur im Bereich der Akutmedizin führt, sondern auch die nachfolgende Rehabilitation sowie die Nachsorge tangiert. Eine wesentliche Konsequenz in diesen Ländern war eine verkürzte Verweildauer in den Akutkliniken. Gleichzeitig mit dem Abbau der Akutversorgung ging eine Steigerung von Rehabilitations- und Nachsorgebedarf einher. Aus diesem Grund untersucht das Institut für Krankenhausmanagement (IKM) im Rahmen einer von der LVA Westfalen und dem VDR geförderten Studie, ob auch in Deutschland eine unzulässige Aufwandsverlagerung vom Akut- in den Reha-Bereich stattfindet.

Methodik

Um eventuelle Veränderungen des Patientengutes und der Patientenströme sowie potentielle strukturelle Änderungen innerhalb des Rehabilitationsbereiches festzustellen, wurden im Rahmen einer Erhebungsphase Ende 2003/Anfang 2004 in 16 ausgewählten ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen Daten von insgesamt 628 AHB-Patienten in 5 Diagnosefeldern der Indikationen Orthopädie (Hüft-TEP, Knie-TEP, Bandscheiben-OP) und Kardiologie (Bypass-OP, Myokardinfarkt) erfasst. In der durchgeführten Erhebung wurden die relevanten Daten mittels selbstentwickelter Erhebungsinstrumentarien für das Reha-Personal und Patientenselbstauskunftsbögen erhoben. Der Patientenfragebogen wurde bei Reha-Aufnahme, Reha-Entlassung und in einer 6-Monats-Katamnese eingesetzt und bestand aus dem IHRES 3 und dem HADS-D. Mit medizinischen Erhebungsbögen wurden patientenindividuell Daten zum Akut- und Reha-Aufenthalt, zum Gesundheitszustand und zu den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Aufwendungen während des gesamten Reha-Aufenthaltes erhoben. Diese Querschnittsuntersuchung hatte das Ziel, die Ausgangssituation vor der obligatorischen Einführung der DRGs im Jahr 2004 zu erheben. Weitere Erhebungen zur Feststellung kurzfristiger bzw. langfristiger Effekte der DRG-Einführung sind Anfang 2005, sowie 2006/2007 geplant. Auch wenn mit den vorliegenden Daten noch keine nachhaltigen Veränderungen aufgezeigt werden können, so ist bereits ein Vergleich von Patientengruppen möglich, die in Akutkrankenhäusern mit bzw. ohne frühzeitige DRG-Option im Jahr 2003 behandelt wurden. Da ein Großteil der optierten Akuthäuser aus finanziellen Gründen erst Ende 2003 optierte, wurde zudem eine zusätzliche Untergruppe mit Pa-

tienten aus Akuthäusern gebildet, die bereits im 1. Halbjahr 2003 optierten. Somit ergaben sich insgesamt drei Studiengruppen.

Ergebnisse

Bei der Betrachtung der Akutverweildauern der orthopädischen Patientengruppen konnte zwischen den Patienten aus früh-optierten und denen aus nicht-optierten Häusern insgesamt kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (von 15,74 auf 15,78 Tage, $p = 0,967$). Einzig der Vergleich von Hüft-TEP-Patienten aus nicht-optierten Häusern mit denen aus im „1.HJ 2003“-optierten Häusern, zeigte einen signifikanten Unterschied in der Akut-Verweildauer ($p = 0,032$). In der Kardiologie waren entgegen der Erwartung die Akutverweildauern der Bypass-Patienten aus nicht-optierten Häusern signifikant kürzer als die der Patienten aus früh-optierten Akuthäusern ($p = 0,009$). Vergleicht man allerdings nur die Patienten aus im 1.Halbjahr 2003 optierten Häusern, so verringert sich die Differenz der durchschnittlichen Verweildauern und der Effekt ist nicht mehr signifikant ($p = 0,275$). Bei den Patienten nach Myokardinfarkt waren die Akutverweildauern der Patienten aus früh-optierten Häusern zwar kürzer als die der Patienten aus nicht-optierten Akuthäusern, allerdings waren diese nicht signifikant ($p = 0,308$). Bei Analysen zu den Übergangszeiten zwischen Akut- und Reha-Bereich konnte insbesondere bei den im „1.HJ 2003“-optierten Akuthäusern anhand der Direktverlegerquote (Orthopädie: 42,47 % zu 20,75 %; Kardiologie: 30,43 % zu 24,24 %) und der durchschnittlichen Übergangszeit (Orthopädie: 5,48 zu 7,85 Tage, $p = 0,215$; Kardiologie: 5,3 zu 9,44 Tage, $p = 0,004$) ein schnelleres Verlegungsmanagement als bei den nicht optierten Akuthäusern nachgewiesen werden. Die Vergleiche der Reha-Aufenthaltsdauern zeigten in beiden Indikationen keine signifikanten Unterschiede. Bei weiteren Analysen des Datenmaterials (Barthel-Index, Funktionsscores, Laborwerte, etc.) in Abhängigkeit vom Optionsstatus des Akuthauses konnten zwar teilweise Tendenzen festgestellt werden, konstante signifikante Änderungen im Zusammenhang mit der DRG-Optierung wurden allerdings nicht nachgewiesen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse der ersten Querschnittsuntersuchung machen deutlich, dass zum Zeitpunkt der Erhebung erste Tendenzen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation erkennbar sind. Generell zeigte sich die Eignung der verwendeten Instrumentarien zur Analyse potentieller DRG-Auswirkungen auf die Reha. Darüber hinaus sind mit dem bereits vorhandenen Datenmaterial weitergehende Untersuchungen hinsichtlich der Ausgestaltung der Reha-Behandlung in Abhängigkeit von Faktoren, wie der Belegungsart, der Multimorbidität der Patienten oder dem Kostenträger in den betrachteten Diagnosefeldern möglich.

Literatur

- Egner, U., Verbarq, A. (2001): Das DRG-System im Krankenhaus und seine Auswirkungen auf die Rehabilitation, Deutsche Angestelltenversicherung, 11/2001, 418-423.
- Eiff, W. von, Klemann, A., Middendorf, C. (2004): Gewinner oder Verlierer? Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation, krankenhauseinschau, 10/2004, 840-844.
- Haaf, H.G. (2003): Vergütung mit DRG-Fallpauschalen im Krankenhaus und die Konsequenzen für die medizinische Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung, Jg. 59, 10/2003, 620-631.
- Haaf, H.G., Volke, E., Schliehe, F. (2004): Neue Vergütungs- und Versorgungsformen und ihre Auswirkungen auf die Rehabilitation, Die Rehabilitation, Jg. 43, 05/2004, 312-324.

Köhler, F. (2002): Auswirkungen des DRG-Systems auf Anschluss- und Rehabilitationsbehandlung in Sydney, New South Wales, Australien, Die Rehabilitation, Jg. 41, 01/2002, 10-13.

Curriculare Innovationen als Voraussetzung besserer Arbeitsmarktchancen von Rehabilitanden - Erträge aus dem Hamburger Projekt „KEm“

Tramm, T. (1), Wicher, K. (2)

(1) Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Hamburg, (2) Berufsförderungswerke
Hamburg GmbH

Hintergrund und Fragestellung

Mit dem Projekt haben wir folgende Ziele verfolgt:

- Qualifizierung von arbeitmarktbenachteiligten Menschen im Rahmen einer vollständigen Berufsausbildung mit Handelskammerabschluss inkl. einer zertifizierten Zusatzqualifikation im Bereich „E-Business“ (Weber et al., 2004) und „Qualifikationen im EU-Kontext“.
- Individuelles Betreuungskonzept zur gezielten Unterstützung (individueller Förderplan) und zur Entwicklung von Stärken der Rehabilitanden/-innen und bei deren Wiedereingliederung.
- Neue Integrationswege fördern die schnelle Reintegration der Teilnehmer/-innen in den Arbeitsmarkt (Hofmeister, Wiebke et al., 2002).
- Neue Berufsbildungsinhalte sind:
 - Förderung eines systemischen und prozessualen Grundverständnisses betriebswirtschaftlichen Handelns im erweiterten Rechts- und Marktrahmen der künftigen EU;
 - fachliche und kommunikative Anforderungen an transnationale kaufmännische Tätigkeiten in der EU;
 - fachliche und medienbezogene Anforderungen zur aktiven Mitgestaltung von E-Business-Prozessen;
- Neue Lehr-Lern-Konzeption (handlungs- und kognitionspsychologische Konzepte), die insbesondere beinhalten
 - Praxiskompetenz durch kooperatives, handlungsorientiertes Lehren (teaching und coaching) (Tramm, Tade et al., 1994),
 - Förderung der Entscheidungskompetenz durch Aufbau eines ganzheitlichen Verständnisses für ökonomische Prozesse über individualisiertes Lernen (Tramm, Tade et al., 1997),
 - Förderung von Sprachkompetenz, die auch integriert ist in fachliche Lernzusammenhänge und berufliche Prozesse.
- Neue Integrationswege sind:
 - Integrationsbegleitung durch Reha - Coaching (Case-Management/Wiedereingliederungsplan) sowie weiteren Vermittlungshelfern (Zeitarbeitsfirmen).
 - Bewerbung auch als „self-marketing“ im Internet.

Methode

Das Projekt war in seinem gesamten Ablauf durch drei Arbeitsschwerpunkte geprägt: Vermittlungsstrategien, individuelle Reha-Prozessbegleitung und curricular-didaktische Innovationen. Die dauerhafte Wiedereingliederung behinderter Menschen in den Arbeitsmarkt (Weber, Andreas et al., 2004) war dabei das übergeordnete Ziel. Daraus ergab sich eine neun Felder umfassende Aktionsmatrix.

Arbeitsstränge Ebenen	Dauerhafte Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt		
	Vermittlungsstrategien	Individuelle Reha-Prozessbegleitung	Curricular-didaktischer Bereich
Zielorientierte Innovationen	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlungsquoten erhöhen durch Individualisierung - Individuelle Vermittlungspotenziale im Selbstbild verankern - Individuelle Vermittlungshemmnisse gezielt abbauen - Abbruchquoten senken - Nutzen von Netzwerken 	<ul style="list-style-type: none"> - Tutorenprinzip - Nutzung individueller Förder- und Integrationspläne - Entwickeln / Erproben von Indikatoren zum frühzeitigen Erkennen von Problemen im Rehabilitationsverlauf 	<ul style="list-style-type: none"> - Verständnis kaufmännischer Arbeitsprozesse und ökonomischer Systemzusammenhänge (handlungs- und lernfeldorientierte curriculaire Arrangements) - Modernisierung des Ausbildungsangebots - Entwicklung arbeitsmarktrelevanter Qualifikationen (E-Business und EU-Kompetenzen)
Prozessorientierte Innovationen	<ul style="list-style-type: none"> - Stärkung des Selbstwertgefühls der TN/Finden des Stärkenpotentials - Entwicklung von Bewerberprofilen und Bewerbungsstrategien - Individuelle Kompetenzprofile mit Hilfe von IMBA/ Nutzung im Vermittlungszusammenhang - Förderung des eigeninitiativen Handelns in Bezug auf Qualifizierung und Vermittlung 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung bei persönlichen, familiären, gesundheitlichen und finanziellen Problemen - Biographisches Arbeiten - Reflexions- und Lernberatungsgespräche - Ausbildungsberatungen und Zusammenarbeit mit den Beteiligten 	<ul style="list-style-type: none"> - Individuelle Beratung/Unterstützung im Lernen - Feedback - individuelles Kompetenzprofil - Selbstorganisationskompetenz - Entwicklung von Lernstrategien (Förderbedarf/Förderunterricht) - Zertifizierung von Leistungen/Teilabschlüssen - Komplexere Lernarrangements (handlungs-/problemorientiertes Lernen) - Curriculaire Verzahnung der Lernbüroarbeit mit systematisierenden Lernprozessen im Sinne des Lernfeldkonzepts
Strukturorientierte Innovationen	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit im interdisziplinären Team - Kooperation mit Zeitwerk (Zeitarbeit) - Professionalisierung im Vermittlungsprozess - Optimierung Bewerbungseminaren - Einzelcoaching - Hilfesysteme zur Wiedereingliederung 	<ul style="list-style-type: none"> - Beratungsstrategien für Tutoren - Erarbeitung von Gesprächsleitfäden, Selbst- und Fremdeinschätzungsbögen - Erfassung und Bewertung von Informationen aus unterschiedlichen Professionen über TN 	<ul style="list-style-type: none"> - Modellunternehmen als komplexer Lerngegenstand und als durchgängige Lernumwelt - Höhere Validität des Modellunternehmens (Arbeitsprozesse/ökonomische Daten) - Arbeitsteiliges Modell - Software zur Außensteuerung der Prozessabläufe - Arbeit mit der ERP-Software HS

Ergebnisse

Die spezifische Stärke dieses Projektes lag in seinem ganzheitlichen Ansatz und in dem übergreifenden Ziel, die Teilnehmer in der Entwicklung von personaler und beruflicher Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit zu fördern. Dieses Ziel wurde in erheblichem Maß erreicht. Die folgenden vier Schwerpunkte haben sich im Projektverlauf herausgebildet und bestätigt:

- Die Prinzipien der Vermittlungsorientierung der Rehabilitation und der individuellen Reha-Prozessbegleitung.
- Die konsequente Berufs- und Arbeitsmarktorientierung Struktur und Ergebnisse werden im Hause bereits bei der Planung neuer Lehrgänge berücksichtigt.
- Durch die Zusammenarbeit im Reha-Team wurde gewährleistet, dass der Prozess des einzelnen TN und der Prozess des Lehrganges immer wieder in den Blick genommen wurden.
- Die Ausweitung des Prinzips der Tutorenorientierung. Hiermit verbindet sich auch ein verändertes Tätigkeitsprofil der Ausbildungsmitarbeiter/-innen.
- Die Arbeitsschwerpunkte im curricular-didaktischen Feld. Formal betrifft dies den evaluativ-konstruktiven Reformansatz, also die Entwicklung neuer Formen aus einer systematischen und theoriegeleiteten Bestandsaufnahme der bisherigen Praxis sowie aus begrenzten und kontrollierten Reformimpulsen an strategisch zentralen Stellen. Inhaltlich bedeutet es für den kaufmännischen Bereich, die Impulse des Lernfeldansatzes für die Arbeit im Berufsförderungswerk umzusetzen und dabei der Gestaltung und curricularen Einbindung der Lernbüroarbeit ein besonderes Gewicht beizumessen.

Es haben sich folgende Ansätze bewährt:

- biographisches Arbeiten
- Erfolgsberichte
- Beobachtungs-/Bewertungs-Checklisten (IMBA)
- Assessmentverfahren
- Checkliste für Praktikumbesuche
- überfachliche Trainingseinheiten
- Teilnehmerdatenbank

Ausblick

Insgesamt ist es gelungen, wesentlich zur Stabilisierung der TN beizutragen und mit ihnen gemeinsam Perspektiven zu entwickeln, die sich auf eine realistische Einschätzung des individuellen Potenzials beziehen. Dass die TN in den Besprechungen mit dem Team oder einzelnen Teammitgliedern nach der intensiven Arbeit mit den genannten Instrumenten und Materialien zu ähnlichen oder gleichen Schlüssen kamen wie das Team selbst, zeigt die hohe Relevanz dieses Vorgehens. Insbesondere die Kooperation mit und die Unterstützung durch das Personaldienstleistungs-Unternehmen Zeitwerk GmbH hat gezeigt, dass die Außensicht und die praktischen Erfahrungen direkt am Arbeitsmarkt und „am Puls“ der Unternehmen in Zukunft viel stärker in die Ausbildungstätigkeit Eingang finden müssen.

Literatur

Hofmeister, W., Reetz, L., Wicher, K. (Hrsg.) (2002): Innovative Praxis kaufmännischer Berufsbildung, Hamburg.

- Tramm, T. (1994): Die Überwindung des Dualismus von Denken und Handeln als Leitidee einer handlungsorientierten Didaktik. In: Wirtschaft und Erziehung.
- Tramm, T. (1997): Lernprozesse in der Übungsfirma. Rekonstruktion und Weiterentwicklung schulischer Übungsfirmenarbeit als Anwendungsfall einer evaluativ-konstruktiven und handlungsorientierten Curriculumstrategie. Habilitationsschrift Göttingen.
- Tramm, T. (1994): Die Überwindung des Dualismus von Denken und Handeln als Leitidee einer handlungsorientierten Didaktik. In: Wirtschaft und Erziehung.
- Weber, A., Wicher, K. (Hrsg.) (2002): Innenansichten - Berufliche Rehabilitation - Außenansichten, Hamburg.

Evaluation des Modellprojekts "Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie (IBRA)" - Anlage und erste Ergebnisse

Faßmann, H. (1), Schmidt, T. (2), Staab, E. (3)

(1) Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, (2) Kiliani Klinik Bad Windsheim, (3) Berufsförderungswerk Nürnberg gGmbH

Auch wenn immer wieder versucht wurde, Aphasiker(inne)n eine Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, erwiesen sich Bemühungen herkömmlicher Berufsförderungseinrichtungen wegen des kleinen Adressat(inn)enkreises, fehlendem spezifischem Fachpersonal und unzureichender zeitlicher Rahmenbedingungen zumeist als inadäquat. Gegenstand des Modellprojekts, das im Sommer 2002 anlief, ist deshalb ein neues Konzept zur beruflichen Wiedereingliederung von aphasischen Menschen, das in Kooperation von Berufsförderungswerk Nürnberg und Kiliani-Klinik Bad Windsheim erprobt, vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und dem Bayerischen Staatministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen gefördert und vom Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg wissenschaftlich begleitet wird. Ziel des Entwicklungsprojekts ist die Überwindung unzulänglicher Strukturbedingungen der Berufsförderung von Aphasiker(inne)n. Angestrebt werden die Steigerung von

- Maßnahmeneffektivität durch
 - interdisziplinäre Kooperation im Rahmen von Reha-Assessment, Qualifizierung und (Re-)Integration der Aphasiker(innen),
 - adressat(inn)engerechte Gestaltung und Umsetzung der Qualifizierungsangebote,
 - Sicherung hoher Qualität durch professionelles Reha-Management und Personalentwicklung,
- Maßnahmeneffizienz durch
 - Vernetzung der Modellpartner,
 - Verkürzung des Rehabilitationsprozesses,
 - Kostenreduktion.

Die Begleitforschung hat dabei folgende Aufgaben:

- Formative Evaluation: zur Konzeptentwicklung und -präzisierung des IBRA-Konzepts im Dialog mit den Projektpartnern.

- Summative Evaluation: Überprüfung von Effektivität und Effizienz der Modellmaßnahmen auf der Grundlage von Informationen aus der Rehabilitand(inn)endokumentation sowie von den beteiligten Akteur(inn)en.
- Klärung von Chancen, Grenzen und Transfermöglichkeiten von IBRA als allgemeines integriertes Berufsförderungskonzept für Aphasiker(innen).

Trotz umfangreicher Akquisitionsbemühungen bei Rehabilitationsträgern, Akutkliniken und Rehabilitationseinrichtungen sowie niedergelassenen Therapeut(inn)en konnten die geplanten Belegungszahlen erst in den letzten Monaten erreicht werden. Die Gründe für diese Anlaufschwierigkeiten werden einer bundesweiten schriftlichen Erhebung bei diesen Einrichtungen und Berufsgruppen zufolge weniger im tatsächlichen Mangel an potentiellen Rehabilitand(inn)en gesehen. Ausschlaggebend sind wohl eher Fehleinschätzungen von Berater(inne)n und Therapeut(inn)en hinsichtlich der tatsächlichen Rehabilitationschancen ihrer Klientel sowie die fehlende Motivation vieler Aphasiker(innen), trotz vorzeitiger Berentung eine berufliche Rehabilitation zu wagen. Bis zum Oktober 2004 konnten 17 Aphasiker(innen) in das Programm übernommen werden. 13 von ihnen wurden einem Reha-Assessment unterzogen, die übrigen verfügten bereits über aussagefähige Unterlagen. Grundursache der Aphasie waren zumeist Schlaganfälle oder Hirntraumen. Die Rehabilitand(inn)en benötigen im allgemeinen während der Berufsförderung Logopädie, Ergotherapie, ein neuropsychologisches Training oder andere medizinische Leistungen. Den meisten von ihnen kann mittelschwere, zumindest aber leichte vollschichtige Arbeit in geschlossenen Räumen sowie Schichtarbeit (außer Nachtschicht) zugemutet werden. Besonders problematisch erscheinen für den Aphasiker(innen)kreis allerdings Arbeiten unter Zeitdruck und solche mit drohenden Verletzungsgefahren. Derzeit befinden sich 14 Personen in unterschiedlichen Stadien ihrer Berufsförderung im BFW Nürnberg: 6 absolvieren vollqualifizierende Ausbildungsgänge (zum Bürokaufmann, Industriekaufmann, Steuerfachangestellten, IT-Systemelektroniker, Technischen Zeichner), alle übrigen befinden sich in Reha-Vorbereitungslehrgängen (RVL). Aufgrund erheblicher behinderungsbedingter Einschränkungen kommen für die meisten dieser Gruppe voraussichtlich keine Vollausbildungen, sondern individuelle Teilqualifizierungen in Betracht. Für den im Januar 2005 beginnenden RVL sind bereits weitere 8 Personen angemeldet, so dass das Plan-Soll der halbjährlichen Aufnahme in das Modellprogramm erreicht ist. Das Projekt soll bis Ende 2007 laufen und dann Aussagen über den Maßnahmeerfolg, d.h. die berufliche Eingliederung der Teilnehmer(innen) ermöglichen.

Literatur

- Berufsförderungswerk Nürnberg gGmbH, Kiliani Klinik Bad Windsheim (2001): IBRA - Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie: Ein Modellprojekt der Kiliani Klinik Bad Windsheim und des Berufsförderungswerks Nürnberg gGmbH. Nürnberg.
- Erbguth, F., Semmlinger, C. (2004): Berufstätig trotz Aphasie? Neue berufliche Chancen für Aphasiker. In: Schlaganfall Magazin Heft 4: 20-21 sowie ibv Nr 4 v. 18.02.2004: 54-55.

Respondergruppen in der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker

Watzke, S. (1), Galvao, A. (1), Gawlik, B. (2, 3), Hühne, M. (3), Brieger, P. (1)

(1) Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MLU Halle-Wittenberg in Halle/S., (2) TSE gGmbH (Träger Sozialer Einrichtungen), Halle/S., (3) RPK Sachsen-Anhalt gGmbH (Rehabilitation für psychisch Kranke), Halle/S.

Theoretischer Hintergrund

Die Förderung arbeitsbezogener Fähigkeiten in der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker stellt ein wesentliches Mittel zur Erreichung einer Reintegration in Arbeit dar. Zwar zeigte sich, dass die Teilnahme an einer beruflichen Rehabilitation bei 76 % bis 91 % der Probanden zu positiven Veränderungen der Arbeitsfähigkeiten führte (Bell, Bryson, 2001), individuelle Verläufe von Arbeitsfähigkeiten während der Rehabilitation wurden jedoch bisher wenig untersucht. Zudem wiesen Teilnehmer, die nach Abschluss der Maßnahme in Arbeit integriert werden konnten, im Gegensatz zu weiterhin Unbeschäftigten bereits während der Rehabilitation signifikante Verbesserungen der Arbeitsfähigkeiten auf (Anthony et al., 1995). Somit erweisen sich während der Rehabilitation gezeigte Arbeitsfähigkeiten als valide Prädiktoren des Wiedereingliederungserfolges (Reker, 1998). Bislang existieren wenige Erkenntnisse darüber, ob hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeiten alle Teilnehmer gleichermaßen von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen profitieren. Die vorliegende Studie untersucht individuelle Verläufe der Arbeitsfähigkeiten und identifiziert verschiedene Respondergruppen.

Methodik

Es wurden Arbeitsfähigkeiten von 125 Rehabilitanden mit psychischen Störungen zum Zeitpunkt des Eintritts sowie nach sechs Monaten Verbleib in der Rehabilitation mit dem Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil erfasst. Mittels einer Clusteranalyse wurden verschiedene Respondergruppen identifiziert. Es wurden soziodemographische sowie klinische Daten der Stichprobe erhoben und nach Abschluss der Maßnahme der Reintegrationserfolg der Rehabilitanden festgestellt. Diese Daten wurden mit der Clusterzugehörigkeit in Verbindung gesetzt.

Ergebnisse

In Abhängigkeit vom individuellen Verlauf der Arbeitsfähigkeiten während der Maßnahme wurden vier Respondergruppen identifiziert: „Konstant Leistungsschwache“, „Moderate“, „Verbesserer“ und „Konstant Leistungsstarke“. Während „Konstant Leistungsschwache“, „Moderate“ und „Konstant Leistungsstarke“ relativ gleich bleibende Arbeitsfähigkeiten auf einem niedrigen, mittleren bzw. hohen Niveau zu Beginn der Maßnahme und in ihrem Verlauf zeigten, konnten lediglich die „Verbesserer“ ihre Arbeitsfähigkeiten im Laufe der Rehabilitation von einem niedrigen auf ein hohes Niveau steigern. Im Gruppenvergleich wiesen „Konstant Leistungsschwache“ den niedrigsten Bildungsstand auf, „Verbesserer“ den höchsten. Während schizophrene Patienten zum Großteil als „Konstant Leistungsschwache“ identifiziert wurden, waren Rehabilitanden mit affektiven oder Angststörungen häufiger unter den „Konstant Leistungsstarken“ zu finden. Die Gruppen unterschieden sich zudem hinsichtlich des erzielten Reintegrationserfolges. Während bei ca. 70 % der „Konstant Leistungs-

starken“ eine erfolgreiche Reintegration in Beschäftigung verzeichnet wurde, war dies lediglich bei 33% der „Konstant Leistungsschwachen“ der Fall.

Diskussion

In Bezug auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeiten profitieren nicht alle Teilnehmer gleichermaßen von der Rehabilitationsmaßnahme. Speziell Rehabilitanden mit niedrigem Bildungsstand und schizophrene Patienten weisen einen ungünstigen Verlauf der Arbeitsfähigkeiten auf. Die Zugehörigkeit zum Cluster „Konstant Leistungsstarke“ stand mit einer erfolgreichen Wiedereingliederung in engem Zusammenhang.

Schlussfolgerung

Zukünftige Forschung sollte sich stärker mit der Identifizierung von Respondergruppen zu einem frühen Zeitpunkt der Rehabilitation beschäftigen. Die Entwicklung von Cut-off-Werten zur Einzelfallbeurteilung stellt ein wesentliches Ziel zur Ermöglichung zeitnaher Interventionen dar.

Literatur

- Anthony, W.A., Rogers, E.S., Cohen, M., Davies, R.R. (1995): Relationship between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric Services*, 46, 353-358.
- Bell, M., Bryson, G. (2001): Work rehabilitation in schizophrenia: Does cognitive impairment limit improvement? *Schizophrenia Bulletin*, 27, 269-279.
- Reker, T. (1998): *Arbeitsrehabilitation in der Psychiatrie*. Darmstadt: Steinkopff.

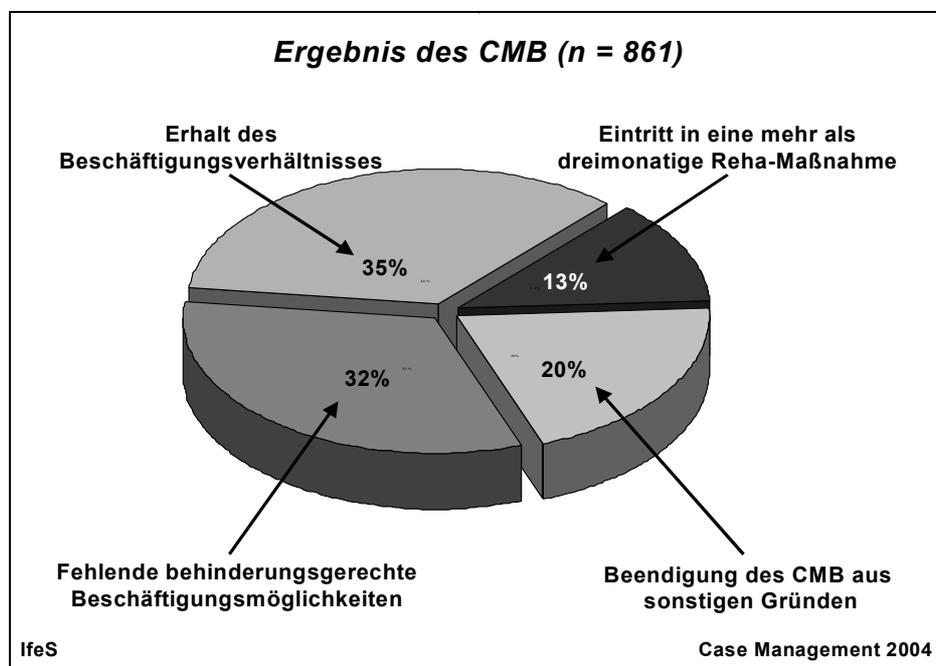
"Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)" - Ergebnisse einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Faßmann, H.

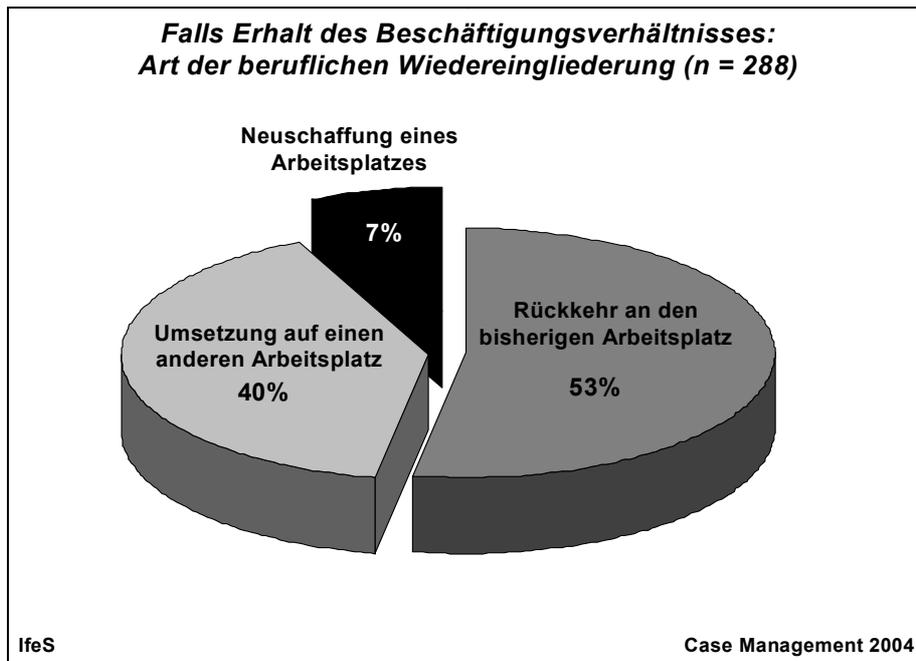
Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

2001 gab die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation den Anstoß zur Erprobung der Möglichkeit, Arbeits- bzw. Ausbildungsverhältnisse gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer(innen) durch ein spezielles Case Management („CMB“) zu erhalten oder anderweitig Wege zu finden, eine dauerhafte Wiedereingliederung in das Arbeitsleben beim bisherigen Arbeitgeber schnell, zielgenau und sparsam zu erreichen. Die Case Manager(innen) fungieren dabei als Vermittler zwischen Rehabilitand(inn)en, Arbeitgeber und Rehabilitationssträgern sowie allen weiteren relevanten Stellen und Diensten. In Abstimmung mit diesen wird festgelegt, welche Hilfen der Versicherte benötigt, um das bisherige Arbeitsverhältnis fortführen zu können. Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert und vom Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg wissenschaftlich begleitet und im November 2004 abgeschlossen. Ziel des Projekts war die dreijährige Erprobung von Case Management an 13 bundesdeutschen Standorten. Zu prüfen war, ob und unter welchen Rahmenbedingungen Case Management erfolgreich ist, um so zu Entscheidungshilfen für eine künftig dauer-

hafte Einrichtung dieses Versorgungsangebotes zu kommen. Die summative Evaluation mit dem Ziel einer Beurteilung von Effektivität und Effizienz der Modellmaßnahmen erfolgte auf der Grundlage der Dokumentation von Klient(inn)endaten sowie verschiedener Erhebungen bei Rehabilitand(inn)en, Arbeitgebern und Reha-Trägern. Im Auswertungszeitraum (01.03.2002 bis 30.06.2004) wandten sich 1.346 Personen an eine der einbezogenen Stellen; 1.056 davon wurden betreut, von 994 Klient(inn)en konnten Daten ausgewertet werden. 862 Fälle wurden im Auswertungszeitraum abgeschlossen. Mehr als die Hälfte der Klient(inn)en kam über die Krankenkasse auf die CMB-Stelle zu. LVAen und die Arbeitsagenturen folgten mit 21 % bzw. 11 %. Der Zugang über sonstige Wege war zunächst gering, nahm jedoch aufgrund von Öffentlichkeitsarbeit im Projektverlauf deutlich zu. Zwischen Beginn der Arbeitsunfähigkeit der Klient(inn)en und dem Zugang zu CMB lagen durchschnittlich 32 Wochen. Die Betreuungsdauer der erfolgreichen Fälle betrug durchschnittlich 18,4 Wochen. Das Gesamtergebnis der CMB-Bemühungen spiegelt Abbildung 1 wider:



In mehr als einem Drittel der 861 Fälle konnte eine Weiterbeschäftigung im bisherigen Betrieb durch eine in der Abbildung 2 dargestellte Wiedereingliederungsmöglichkeit erreicht werden.



13 % der Rehabilitand(inn)en entschlossen sich zu einer längerfristigen Berufsförderungsmaßnahme. Damit führte das CMB bei 48 % der Klient(inn)en zu einem vollen oder bedingten Rehabilitationserfolg. Bei einem Drittel der Rehabilitand(inn)en scheiterte eine Weiterbeschäftigung im bisherigen Betrieb an fehlenden Einsatzmöglichkeiten. 71 % der Betreuten waren weder schwerbehindert noch diesen gleichgestellt. Das Beschäftigungsverhältnis dieser Gruppe konnte seltener (32 %) als das von anerkannten schwerbehinderten Menschen (47 %) erhalten werden konnte. Während zu Beginn des CMB-Prozesses nur etwas mehr als ein Fünftel der Klient(inn)en Lohn, im übrigen aber Lohnersatzleistungen bezogen, erhielten bei Abschluss der CMB-Betreuung fast doppelt so viele (über 40 %) Personen ein Arbeitseinkommen. Das Ergebnis, dass bei 35 % der Klient(inn)en durch CMB ein drohender Arbeitsplatzverlust abgewendet werden konnte, und die damit verbundenen finanziellen, sozialen und gesellschaftlichen Vorteile für Betroffene und Versichertengemeinschaft, legen eine dauerhafte, flächendeckende Einführung des CMB nahe. Die im Rahmen der formativen Evaluation von den Projektakteuren gemeinsam entwickelten CMB-Qualitätsstandards bieten dazu eine brauchbare Grundlage.

Literatur

- Brader, D., Faßmann, H., Lewerenz, J., Steger, R., Wübbeke, C. (2004): Qualitätsstandards für ein „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg, 3/2004, Nürnberg: IfeS.
- Brader, D., Faßmann, H., Lewerenz, J., Steger, R., Wübbeke, C. (2004): „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ - Abschlußbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Faßmann, H. (2000): Aufgaben und Zielsetzung eines Case-Managements in der Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 4/2000, Nürnberg: IfeS.
- Faßmann, H. (2003): Case Management und Netzwerkkooperation zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen - Chancen, Probleme und Handlungs-

möglichkeiten. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg, 2/2003, Nürnberg: IfeS.

Trotz schwieriger Rahmenbedingungen: 62 % der Absolventinnen und Absolventen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke bundesweit wiedereingegliedert - Ergebnisse der Zwei-Jahres-Nachbefragung 2003

Beiderwieden, K.

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerk

Hintergrund

Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke führt seit 1980 Nachbefragungen durch, um insbesondere zu ermitteln, wie viele ihrer ehemaligen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Beendigung der Ausbildung wieder erwerbstätig geworden sind, welche Faktoren dabei eine Rolle spielen, ob die Absolventen ausbildungs- und behinderungsgemäße Tätigkeiten ausüben und vieles andere mehr. Berufsförderungswerke zeichnen sich einerseits dadurch aus, dass in ihnen Behinderte umgeschult werden, die besonderer Hilfen bedürfen, andererseits aber auch dadurch, dass sie eine hohe Qualität gewährleisten.

Methodik

Bei der vorliegenden Zwei-Jahres-Nachbefragung 2003 wurden 6.082 ehemalige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden angeschrieben, die ihre Reha-Maßnahme im Jahr 2001 beendet hatten. Über 4.200 Absolventen (fast 70 %) haben einen auswertbaren Fragebogen zurückgeschickt. Die Ergebnisse können als repräsentativ angesehen werden.

Ergebnisse

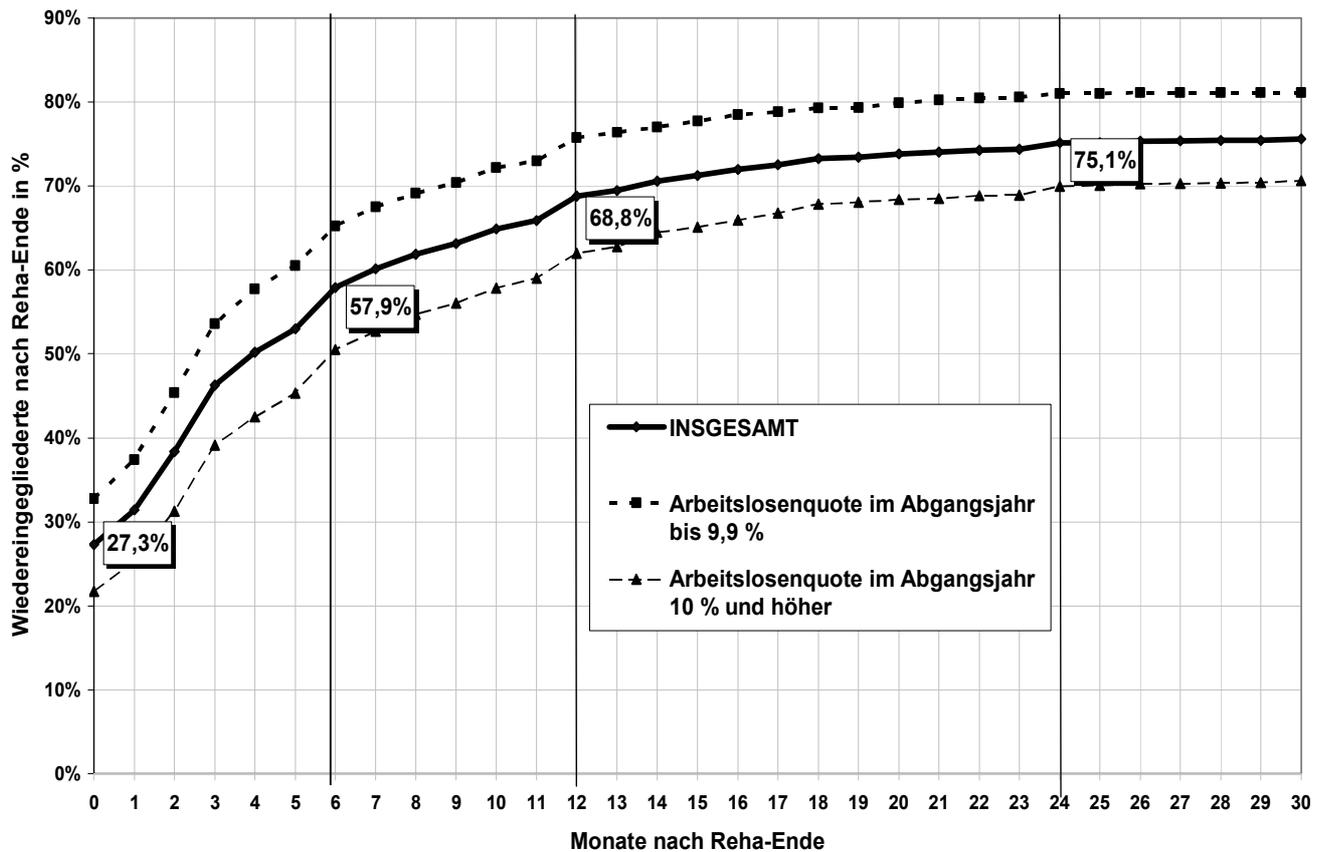
Kurzcharakterisierung der Absolventen:

- Das Durchschnittsalter aller Absolventen (zum Befragungszeitpunkt) betrug 36,9 Jahre.
- 76,6 % der Absolventen waren Männer, 23,4 % Frauen.
- Bei fast der Hälfte (44,8 %) der Absolventen war ein Grad der Behinderung festgestellt worden. Bei 12,8 % betrug dieser zwischen 50 und unter 80 und bei 6,2 % 80 bis 100.
- 74,9 % der Absolventen waren vor Beginn der Reha-Maßnahme erwerbslos, 49,5 % sogar länger als ein Jahr. Fast die Hälfte war mithin zuvor langzeitarbeitslos.

Wiedereingliederungs-Situation nach der Zeitraum-Betrachtung: 77,6 % der Absolventen waren in der Zeit zwischen dem Reha-Ende in 2001 und der Zwei-Jahres-Nachbefragung 2003 (mindestens einmal) erwerbstätig (Vorjahr: 83,6 %).

Der Wiedereingliederungs-Prozess ist erst nach zwei bis drei Jahren abgeschlossen, wie die Abbildung zeigt. Dies ist von großer Bedeutung zur Beurteilung von Sechs-Monats-Befragungen. Denn erstens geben Sechs-Monats-Befragungen das letztendliche Wiedereingliederungs-Ergebnis nicht annähernd richtig wieder. Zweitens vermitteln Sechs-Monats-Befragungen insbesondere von Regionen mit hoher Arbeitslosenquote ein ungünstigeres Bild. Außerdem zielt die berufliche Rehabilitation auf eine dauerhafte Sicherung der Teilha-

be am Arbeitsleben (Sozialgesetzbuch 9 § 4). Sechs-Monats-Befragungen liefern zwar schnelle, keinesfalls aber richtige Wiedereingliederungs-Ergebnisse.



Wiedereingliederungs-Situation nach der Zeitpunkt-Betrachtung: Zum Zeitpunkt der Befragung waren 61,8 % (Vorjahr: 67,3 %) der Absolventen berufstätig. 17,5 % waren arbeitslos gemeldet und 12,1 % standen dem Arbeitsmarkt nicht bzw. nur bedingt zur Verfügung. Während vor Reha-Beginn 77,3 % der Absolventen erwerbslos waren, sind es zwei Jahre nach Reha-Ende nur noch 38,2 %. Die berufliche Rehabilitation hat also erheblich zur Verringerung der Erwerbslosigkeit beigetragen.

Stabilität der Wiedereingliederung: Von den erwerbstätigen Absolventen waren insgesamt 86,9 % sechs Monate und länger und 68,1 % ein Jahr und länger bei ihrem jetzigen Arbeitgeber beschäftigt. Entsprechend gaben 82,6 % an, ihr Arbeitsverhältnis sei unbefristet. Eine Vollzeit-Tätigkeit übten 91,0 % aus. Insgesamt befand sich die große Mehrheit der Wiedereingegliederten in einem Normalarbeitsverhältnis.

Qualität der Wiedereingliederung: 75,3 % der Erwerbstätigen stufen die neue Tätigkeit als ausbildungsadäquat ein, 4,6 % waren in den alten Beruf zurückgekehrt und 20,1 % machten „etwas ganz anderes“. 78,8 % der Erwerbstätigen meinten, die gesundheitlichen Gründe, die zu ihrer Behinderung geführt hatten, würden sich bei ihrer aktuellen Tätigkeit nicht oder nur wenig auswirken, sie sind also behinderungsgemäß beschäftigt.

Einflussfaktoren auf die Wiedereingliederung: Multivariate Analysen zeigen, dass die Wiedereingliederung vor allem bei denjenigen Absolventen höher liegt,

- die vor Reha-Beginn nicht oder nur kurze Zeit erwerbslos waren,
- die mit einem Ehe- bzw. Lebenspartner zusammenlebten,
- die in einem Arbeitsamtsbezirk mit niedriger Arbeitslosenquote im Jahre 2000 wohnten,

- die ihre berufliche Rehabilitation in Berufen des Sozialwesens abgeschlossen hatten,
- die ein niedriges Alter aufwiesen,
- die nicht Arbeitslosigkeit als Reha-Grund (außer der Behinderung) nannten,
- die ihren Abschluss in den Ausbildungsberufen Arbeitspädagoge/-pädagogin, Speditionskaufmann/-frau, Steuerfachangestellte/r und Verwaltungsfachangestellte/r gemacht hatten.

Diskussion

Die Hartz-Kommission hat vorgeschlagen, die einzelnen Vermittlungserfolge nicht gleich, sondern entsprechend ihrem Schwierigkeitsgrad zu gewichten. „Denn jeder einzelne Fall wird individuell gewichtet und gewertet. Daran knüpft sich ein Bonussystem für Vermittler und ihr Team an.“ Um zu verdeutlichen, was dies für die BFWs beinhalten könnte, wurde exemplarisch die Wiedereingliederungs-Ergebnisse entsprechend mit den Bonuspunkten berechnet. Dabei wurden einem Rehabilitanden mit keinem Zielgruppenmerkmal ein Punkt, einem Rehabilitanden mit einem Zielgruppenmerkmal zwei Punkte zugeordnet usw. Man würde dann zu einem erheblich anderen Ergebnis kommen. Während man bei der Gleichgewichtung 62 (2000: 71) Punkte pro 100 Absolventen erhalte, sind es jetzt 202 (2000: 196) Punkte pro 100 Absolventen. Das hieße in der „Hartz“-Sprache: Trotz etwas niedrigerer Wiedereingliederung haben die BFWs „bessere“ Arbeit gemacht. Im Fragebogen ist auch nach der Bewertung der beruflichen Rehabilitation gefragt worden. 53,0 % aller Absolventen gaben an, die Rehabilitation habe sie in beruflicher Hinsicht weitergebracht, 23,5 % antworteten mit „teils/teils“ und 23,4 % verneinten diese Frage. In persönlicher Hinsicht werden die Ergebnisse der Rehabilitation noch besser eingeschätzt. 64,7 % aller Absolventen meinten, die Rehabilitation habe sie persönlich weitergebracht, mit „teils/teils“ antworten 24,9 %, während nur 10,4 % diese Frage verneinten.

Schlussfolgerungen

Bei der Weiterentwicklung der Nachbefragungen stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- Erfassung der kurz-, mittel- und langfristigen Wiedereingliederung und verschiedener Erwerbsformen,
- Überprüfung der Erhebungsmethode (schriftliche Befragung),
- Datenverknüpfungen sowie
- nicht nur Ermittlung des quantitativen Wiedereingliederungs-Erfolges, sondern dessen detailliertere Beurteilung vor dem Hintergrund des Personenkreises und des kontrafaktischen Evaluationsproblems.

Literatur

Beiderwieden, K. (2001): Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation - Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (MittAB), 34, 182-206.

Beiderwieden, K. (2003): Verringert berufsbezogene Rehabilitation die Wiedereingliederungswahrscheinlichkeit? Zur mikroökonomischen Evaluation am Beispiel der „Schweden-Studie“, Rehabilitation, 42, 180-191.

Blaschke, D., Plath, H.E., Nagel, E. (1992): Konzepte und Probleme der Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik am Beispiel der Fortbildung und Umschulung. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt und Berufsforschung, 25, 381-405.

Kommission „Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ (2002). Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Vorschläge der Kommission zum Abbau der Arbeitslosigkeit und zur Umstrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit.

Maßnahmen der ambulanten und stationären beruflichen Rehabilitation - Evaluationsdesign und Teilnehmerheterogenität

Neupert, B., Fehr, M., Patzelt, C., Slesina, W.

Sektion Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Fragestellung

Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (SGB IX) umfassen u. a. Umschulungen und Weiterbildungen für Menschen, die aufgrund einer Erkrankung zu einer beruflichen Um- oder Neuorientierung gezwungen sind. Die Formenvielfalt dieser Qualifizierungsmaßnahmen ist erheblich. Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität liegen nur teilweise oder ungleichmäßig vor (VDR, 1997; BAR, 2003).

Gegenstand der Untersuchung sind stationäre und ambulante Umschulungen in der beruflichen Rehabilitation sowie Qualifizierungsmaßnahmen kürzerer Dauer. Das Studienziel besteht primär in der Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität dieser Maßnahmeformen sowie in der Identifizierung von Prädiktoren des erfolgreichen Reha-Verlaufs und Outcome.

Methodik

Acht Bildungsträger sind in das Projekt einbezogen. Stichprobe: konsekutive Probandenrekutierung in den 8 Bildungseinrichtungen von 07/2003 bis 08/2004. Derzeitiges N = 1030.

Für die Evaluation der zweijährigen Umschulungsmaßnahmen werden fünf Messzeitpunkte zugrunde gelegt: T1= Beginn, T2= Mitte, T3= Ende der Umschulung, T4= 6 Monate- , T5= 12 Monate nach Umschulung. Bei den ca. zehnmonatigen Weiterbildungsmaßnahmen sind es vier Erhebungszeitpunkte: T1= Beginn, T2= Ende Weiterbildung, T3= 6 Monate- , T4= 12 Monate nach Weiterbildung.

Erhebungsmethode bei T1: standardisierte schriftliche Rehabilitandenbefragung über reha-relevante Aspekte wie Vorgeschichte, Erwerbsbiographie, Lebenskontext, aktuelle Gesundheit u.a.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der T1-Befragungen ergaben einige graduelle Unterschiede zwischen den Teilnehmergruppen der drei Maßnahmeformen.

Ambulante Umschüler sind im Vergleich zu den stationären Umschülern durchschnittlich jünger (Altersgruppe 21 bis 40 Jahre: 91,1 % vs. 84,1 %) und verfügen über einen „höheren“ Schulabschluss (z. B. Mittlere Reife: 74,3 % vs. 57,1 %). Teilnehmer von Weiterbildungsmaßnahmen sind im Vergleich zu ambulanten und stationären Umschülern deutlich älter (Altersgruppe 41 bis 60 Jahre: 54,4 %) und verfügen über einen niedrigeren Schulabschluss (z. B. Mittlere Reife: 24,4 %).

Auch die mit dem Nottingham Health Profile ermittelten Werte zur subjektiven Gesundheit unterscheiden sich zwischen den drei Gruppen. Bei vier der sechs Beschwerden bzw. Be-

eintrüchtigungen weist die Gruppe der Weiterbildungsteilnehmer erheblich ungünstigere Mittelwerte als die Gruppe der stationären und ambulanten Umschüler auf: bei „Schmerz“, „emotionale Beeinträchtigung“, „Schlafstörungen“, „physische Mobilität“. Die stationären Umschüler haben im Vergleich zu den ambulanten Umschülern ungünstigere Mittelwerte bei „Energieverlust“ und „soziale Isolation“.

Stationäre und ambulante Umschüler gaben im Vergleich zu den Weiterbildungsteilnehmern einen deutlich höheren Grad an Identifikation mit ihrer Reha-Maßnahme an. Ferner schätzten die ambulanten Umschüler die mit der Maßnahme verbundenen künftigen Belastungen erheblich geringer ein als die stationären Umschüler und die Weiterbildungsteilnehmer.

Diskussion und Ausblick

Erste Ergebnisse der T1-Befragung geben wichtige Hinweise auf Unterschiede zwischen den Populationen der verschiedenen Formen beruflicher Reha nach Alter, Geschlecht, Ausbildung, gesundheitlicher Einschränkungen u. a. Diese Unterschiede müssen bei der weiteren Evaluationsanalyse, insbesondere bei der Rückkehr in das Erwerbsleben, berücksichtigt werden.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2003): Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX, Frankfurt/M.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1997): Abschlussbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. DRV-Schriften, Bd. 7. Frankfurt/M.: VDR.

Diagnostik von Arbeitsmotivation in der beruflichen Rehabilitation: Konstruktion und Überprüfung neuer Skalen

Schubmann, C. (1), Fiedler, R.G. (2), Heuft, G. (2), Greitemann, B. (3)

(1) Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, (2) Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, (3) Klinik Münsterland der LVA Westfalen, Bad Rothenfelde

Hintergrund

Bei beruflichen Rehabilitanden stellt die Arbeitsmotivation eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Umschulungsmaßnahme und die erfolgreiche Wiedereingliederung in das Arbeitsleben dar. Aus Ermangelung einer geeigneten Motivationsdiagnostik bleiben bislang die Motivationsstruktur und die persönlichen Einstellungen bei der Erfassung des Gesamtbildes der Rehabilitanden vor Beginn der beruflichen Umschulungsmaßnahme unberücksichtigt. Diese Aspekte sind jedoch als nicht zu unterschätzende Determinanten für eine berufliche Reintegration zu sehen. Im Rahmen eines geförderten Forschungsvorhabens wurde von der Projektgruppe (Fiedler, Greitemann, Heuft, Ranft, Schubmann) ein Assessmentinstrument konzipiert, welches im Unterschied zu subjektiven klinischen Urteilen objektifizierbare Kriterien bezüglich der Arbeitsmotivation bei den beruflichen Rehabilitanden erfassen soll.

Ziele und Fragestellungen

Ziel der Erhebung an einer Stichprobe aus der beruflichen Rehabilitation (N=350) war, die Eignung des Konzeptes zur Diagnostik von Arbeitsmotivation zu untersuchen und zu prüfen, welche theoretisch begründbaren Skalen sich aus dem vorhandenen Itempool bilden lassen, die gute teststatistische Gütekriterien aufweisen. Um zu ersten Aussagen zu gelangen, inwieweit sich die Rehabilitanden eventuell in ihrer motivationalen Ausprägung im Sinne einer „Gesamt-Arbeitsmotivation“ unterscheiden, sollte der Einfluss verschiedener personenseitiger Faktoren auf die Skalenwerte mittels Korrelationsanalysen untersucht werden.

Studiendesign

In dieser Untersuchung wurde der von der Projektgruppe (s.o.) neu konzipierte Fragebogen zur multidimensionalen Erfassung von Arbeitsmotivation erstmalig einer Stichprobe von beruflichen Rehabilitanden vorgelegt. Die Ergebnisse der psychometrischen Analysen belegen die faktorielle Validität und Konsistenz des Fragebogens. Soziodemografische und sozialmedizinische Merkmale der Rehabilitanden wurden als mögliche Einflussfaktoren erhoben und ihre Zusammenhänge mit den neugebildeten Skalen bestimmt. Varianzanalysen kamen zur Prüfung von Gruppenunterschieden zum Einsatz und Clusteranalysen zur Elaboration von Risikoprofilen.

Ergebnisse

Für die drei erarbeiteten Konzepte zur Erfassung der Arbeitsmotivation konnten folgende Faktoren extrahiert werden: Das Konzept „Motivationale Handlungsentwürfe“ stellt sich zweifaktoriell mit den Dimensionen „Zielaktivität“ (9 Items, Cronbach's Alpha =.83) und „Zielinhibition“ (9 Items, $\alpha=.85$) dar. Das „Motivationale Selbstbild“ ließ sich über die fünf Faktoren „Neugiermotiv“ (7 Items, $\alpha=.85$), „Anschlussmotiv“ (6 Items, $\alpha=.82$), „Einflussmotiv“ (5 Items, $\alpha=.79$), „Furcht vor Misserfolg“ (5 Items, $\alpha=.78$) und „Einstellung zur Arbeit“ (4 Items, $\alpha=.82$) abbilden. Das dritte Konzept hat die Struktur „Zufriedenheit mit den psycho-sozialen Bedingungen“ (6 Items, $\alpha=.89$), „Zufriedenheit mit den betrieblichen Bedingungen“ (4 Items, $\alpha=.84$) und die rational konstruierte Skala „Subjektiv erlebte Belastungen am Arbeitsplatz“ (8 Items). Die Differenzierung verschiedener Risikoprofile stellt erste Hinweise für einen möglichen Handlungsbedarf im Sinne motivationaler und volitionaler Trainingsmaßnahmen für die beruflichen Rehabilitanden in Aussicht.

Schlussfolgerung

Auf Grundlage der drei erarbeiteten Konzepte („Motivationale Handlungsentwürfe“, „Motivationale Selbstbild“ und „Motivationale Passung“) konnten zehn Skalen mit zufriedenstellenden psychometrischen Eigenschaften entwickelt werden, welche die berufsbezogene Motivationsstruktur der Rehabilitanden differenziert erfassen und mit einem breiten Inhaltsspektrum abbilden. Folgestudien müssten die Multidimensionalität des Fragebogens weiter aufklären und die prädiktive Validität belegen.

Literatur

- Kehr, H.M. (2004). Motivation und Volition. Motivationsforschung, Band 20. Göttingen: Hogrefe.
- Kleinbeck, U. (1996). Arbeitsmotivation. Entstehung, Wirkung und Förderung. Weinheim / München: Juventa Verlag.

Rheinberg, F. (2004). Motivationsdiagnostik. Kompendien Psychologische Diagnostik, Band 5. Göttingen: Hogrefe.

Effekte einer berufsbezogenen Therapiegruppe in der stationären psychosomatischen Rehabilitation 3 Monate nach Entlassung: Ergebnisse einer kontrollierten Evaluationsstudie

Koch, S., Hillert, A., Cuntz, U.

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee

Hintergrund und Fragestellung

Berufliche Wiedereingliederung bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit ist ein zentrales Ziel der psychosomatischen Rehabilitation (vgl. BfA, 2000). Der Stand der Konzeptentwicklung und -evaluation berufsbezogener therapeutischer Interventionen ist jedoch vergleichsweise unbefriedigend und beschränkt sich auf Evaluationen der beruflichen Belastungserprobung (vgl. Hillert et al., 2002) und erste Ergebnisse berufsbezogener Gruppeninterventionen (vgl. Koch et al., 2004; Schattenburg et al., 2004). Mit der im Reha-Forschungsverbund Bayern (RFB) geförderten laufenden Studie an der Klinik Roseneck wird ein berufsbezogenes Gruppentherapiekonzept („Stressbewältigung am Arbeitsplatz, SBA“) zur Förderung der Arbeitsbewältigung psychosomatischer Patienten entwickelt und evaluiert. Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiegruppe umfasst 8 Sitzungen à 90 Minuten. Im Folgenden werden erstmals die Ergebnisse von 3-Monatskatamnesen vorgestellt.

Methode

Von April 2002 bis Juni 2003 wurden alle N=988 konsekutiv auf sechs Stationen aufgenommenen PatientInnen bei Aufnahme mit einem Screeningfragebogen hinsichtlich ihrer beruflichen Belastungen untersucht. Anhand von Einschlusskriterien einer hohen beruflichen Belastung wurden in einem längsschnittlichen Kontrollgruppendesign mit Zeitstichproben n=289 PatientInnen abwechselnd der berufsbezogenen Intervention bzw. alternativ einer allgemeinen Problemlösegruppe (Standardtherapie als Kontrollgruppe) zugewiesen. Zu Aufnahme, Entlassung sowie 3- bzw. 12-Monatskatamnesen wurden umfangreiche Fragebögen eingesetzt. Erfasst wurden u.a. der Erwerbsstatus, AU-Zeiten, Rentenabsicht sowie Skalen der Selbstbeschreibung beruflicher Belastungen (u.a. IRES), der Gesundheitsstatus (SCL-90-R und SF-12) und Bewältigungsstrategien im Umgang mit beruflichen Belastungen (u.a. AVEM, Schaarschmidt & Fischer, 1996).

Ergebnisse

Mit n=133 Patienten der Interventionsgruppe (IG) und n=156 Patienten der Kontrollgruppe (KG) (Rücklaufquote nach 3 Monaten: 78,9 %) liegen die Daten der bezüglich Diagnosen (32,6 % depressive Störungen, 16,1 % Angststörungen, 10,9 % somatoforme Störungen, 15,1 % Essstörungen), beruflicher Stellung (62,1 % Angestellte, 17,7 % Arbeiter) und Alter (Mittelwert 36,8 Jahre) parallelen Stichproben beruflich hochbelasteter PatientInnen vor. Bei Aufnahme waren 49,7 % Vollzeit beschäftigt, 12,5 % in Teilzeitbeschäftigung und 27,8 % arbeitslos. Erwartet wurde eine Überlegenheit der berufsbezogenen Interventionsgruppe

bezüglich der poststationären beruflichen Wiedereingliederung, der selbsteingeschätzten Arbeitsbewältigung und der berufsbezogenen Behandlungszufriedenheit. Bezogen auf den Erwerbstätigkeitsstatus (Abb.1) drei Monate nach Entlassung ist eine Überlegenheit der berufsbezogenen Intervention gegenüber der Kontrollgruppe festzustellen: Den allgemeinen Trend steigender Arbeitslosenzahlen noch übertreffend sinkt die Erwerbstätigkeitsquote in der KG von 71,17 % auf 60,36 % (-10,81 %), während bei der IG eine geringere Abnahme von 80,73 % auf 76,15 % (-4,58 %) zu beobachten ist. Auch im AVEM ist für die IG eine günstigere Entwicklung der diskriminanzanalytisch bestimmten arbeitsbezogenen Bewältigungstypen festzustellen: Bei Teilnehmern der berufsbezogenen Intervention findet sich eine Abnahme des Burnout-Bewältigungstypus um -13,7 % (KG: +15,3 %) und eine Zunahme des Schontypus um +15,2 % (KG: +5,6 %). Weiterhin berichten Probanden der IG eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit (IRES) ($F(1,213)=4,272$; $p=.040^*$), bei identischer psychosomatischer Symptombelastung (SCL-90-R). Auch bezüglich der berufsbezogenen Behandlungszufriedenheit erweist sich die berufsbezogene Intervention als überlegen (Effektstärken $d=.37^*$ bis $d=.62^{**}$ für Themen wie Stress, Arbeitsmotivation und Kommunikation mit Kollegen/Vorgesetzten).

Diskussion und Ausblick

Psychosomatisch Erkrankte bilden eine wichtige Risikogruppe für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Den vorliegenden Ergebnissen nach, erweist sich die Integration einer spezifischen berufsbezogenen Therapiegruppe in die stationäre psychosomatische Behandlung gegenüber der Standardtherapie als überlegen bezüglich des Erhalts der Erwerbstätigkeit. Ein über alle Untersuchungsgruppen hinweg zu beobachtendes Ausscheiden psychosomatisch Erkrankter aus dem Erwerbsleben erscheint zunächst bedrückend. Jedoch kann in der vorliegenden Untersuchung dieser Trend durch den Einbezug einer neuartigen berufsbezogenen Interventionsgruppe in die Standardbehandlung sichtlich abgeschwächt werden. Die ausgesprochen hohe Quote des Arbeitsverlusts nach Standardtherapie unterstreicht die Dringlichkeit einer breiten Einführung spezifischer berufsbezogener Behandlungsmodule in die psychosomatische Rehabilitation. Deutliche Behandlungseffekte in objektiven Erwerbstätigkeitsdaten und Ratings der Behandlungszufriedenheit ohne Entsprechung in berufsbezogenen Selbsteinschätzungsverfahren (z.B. AVEM-Subskalen) weisen auf Validitätsdefizite entsprechender Fragebogenverfahren für klinische Studien hin. Zur Klärung der Frage längerfristiger berufsbezogener Behandlungseffekte stehen die Ergebnisse von 12-Monatskatamesen aus.

Literatur

- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte - BfA (2000): Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: BfA.
- Hillert, A., Staedtke, D., Cuntz, U. (2002): Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation: Theoretische Konzepte, real existierende Patienten und multiple Schnittstellen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 58, 94-100.
- Koch, S., Hillert, A., Hedlund, S., Cuntz, U. (2004): Effekte einer berufsbezogenen Therapiegruppe in der stationären psychosomatischen Rehabilitation zum Entlassungszeitpunkt: Ergebnisse einer kontrollierten Evaluationsstudie. In: VDR (Hrsg.). *Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation*. Tagungsband des 13. Rehabilitationswissen-

schaftlichen Kolloquiums vom 8. bis 10. März 2003 in Düsseldorf, DRV-Schriften, Bd. 52, S. 224-226, Frankfurt/Main: VDR.

Schaarschmidt, U., Fischer, W. (1996): Arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster (AVEM): Handanweisung. Frankfurt: Swets Test Services.

Schattenburg, L., Knickenberg, R.J., Vorndran, A., Beutel, M.E., Zwerenz, R. (2004): Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie für berufliche belastete Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation: Gruppenkonzept und Ergebnisse einer kontrollierten Studie. In: VDR (Hrsg.). Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation. Tagungsband des 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums vom 8. bis 10. März 2003 in Düsseldorf, DRV-Schriften, Bd. 52, S. 549-551, Frankfurt/Main: VDR.

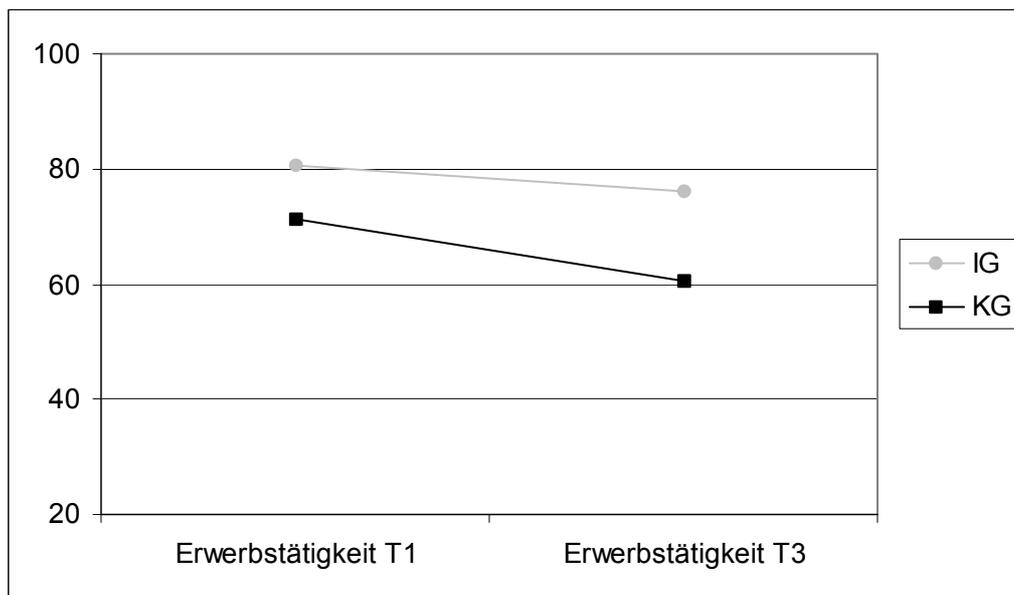


Abb.1: Entwicklung der Erwerbstätigkeit von Aufnahme zu 3-Monatskatamnesen (in %), Interventionsgruppe (IG) und Kontrollgruppe (KG) im Vergleich.

Effekte einer intensivierten berufsbezogenen kardiologischen Rehabilitation – erste Ergebnisse einer kontrollierten Evaluationsstudie

Kittel, J., Gödecker-Geenen, N., Karoff, M.

Klinik Königsfeld der LVA-Westfalen, Ennepetal, Institut für Rehabilitationsforschung, Nordey

Hintergrund

Eine berufliche Orientierung sollte bei Patienten mit schlechter Prognose der beruflichen Reintegration schon frühzeitig in der medizinischen Rehabilitation erfolgen. Hierzu sollten eine differenzierte Ermittlung von Belastung und Beanspruchung des Rehabilitanden am Arbeitsplatz und die Einrichtung regelmäßiger Teamkonferenzen integraler Bestandteil des medizinischen Rehabilitationsangebotes sein (BAR, 2002).

Ziel der Studie

Ziel der vom Verein für Rehabilitationsforschung, Norderney (VfR) geförderten Studie ist die Entwicklung und Evaluation eines intensivierten berufsbezogenen Programms zur Verbesserung der Teilhabe am Erwerbsleben von kardiologischen Rehabilitanden der Arbeiterrentenversicherung. Dieses Programm umfasst neben berufsbezogenen Einzelinterventionen im Sozialdienst und Psychologischen Dienst auch die Durchführung von Übungen, welche auf die berufsbezogenen funktionellen Anforderungen gerichtet sind (EFL). Zur Planung gezielter Interventionen und zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit finden wöchentliche Besprechungen mit Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Physiotherapeuten statt.

Methodik

Mit Hilfe einer prospektiven, randomisierten Kontrollgruppenstudie sollen die Effekte dieses neuen Interventionsprogramms evaluiert werden. Patienten, die das berufsbezogene Programm erhalten (IG) werden mit Patienten, die mit den herkömmlichen Interventionen rehabilitiert werden (KG) verglichen. Die Zuweisung zu den beiden Gruppen erfolgte nach dem Zufallsverfahren. Datenerhebungen erfolgten zu Beginn und zum Ende der Rehabilitation. Zur Überprüfung der langfristigen Effekte wurden katamnestic Erhebungen nach 6 und 12 Monaten durchgeführt.

Erste Ergebnisse

Bisher haben 284 der prospektierten 300 Probanden an der Studie teilgenommen. Ein Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigt bei Rehabilitationsbeginn keine signifikanten Unterschiede in medizinischen, sozialen, psychischen und berufsbezogenen Variablen. Ein Vergleich mit der Normalbevölkerung weist darauf hin, dass die Rehabilitanden deutlich mehr belastet sind. So zeigen die Rehabilitanden beispielsweise im Brief Symptom Inventory (BSI) in allen Skalen signifikant höhere Mittelwerte als die Normalbevölkerung.

Sechs Monate nach der Rehabilitation ergeben sich positive Effekte der intensivierten berufsbezogenen Rehabilitation auf die Erwerbstätigkeit. So haben von den Rehabilitanden, die ein Arbeitsverhältnis besitzen 43,5 % der Partizipanten der IG nach der Rehabilitation keine Arbeitsunfähigkeitszeiten. In der KG sind es nur 8,0 %. Auch in der mit dem Screeningbogen von Mittag und Raspe (2003) erfassten subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit zeigen sich nach sechs Monaten Gruppenunterschiede. In der IG haben 34,9 % eine positive subjektive Prognose, in der KG nur 23,6 % der Patienten. Ein Vergleich der HADS-Angstmittelwerte zwischen IG und KG verdeutlicht einen unterschiedlichen zeitlichen Verlauf zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. Bei Reha-Ende liegen die Angstwerte in der IG höher als die der KG. Nach 6 Monaten gleichen sich die Werte zwischen den beiden Gruppen an, und nach 12 Monaten zeigt die IG mit einem Mittelwert von 9,1 eine niedrigere Angstaussprägung als die KG mit einem Angstwert von 10,5. Langfristig positiver entwickelt sich in der IG auch der mit der Visuellen Analogskala des EuroQol erfasste subjektive Gesundheitszustand. So ist 12 Monate nach der Rehabilitation der subjektive Gesundheitszustand der IG mit einem Wert von 63,4 deutlich besser zu bewerten, als der der KG mit 50,8.

Diskussion

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse die Relevanz berufsbezogener Angebote in der kardiologischen Rehabilitation. Die ersten Daten zur 6- und 12-Monatskatamnese zeigen

positive Effekte der intensivierten berufsbezogenen Rehabilitation hinsichtlich der Lebensqualität. Auch ergaben sich in der Interventionsgruppe Hinweise auf kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten nach der Rehabilitation.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2002): Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation- bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. Frankfurt/Main.
- Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Die Rehabilitation, 42, 169-174.

Ist die ASR - arbeitsplatzspezifische Rehabilitation - effektiv?

Tiling, T. (1), Nguyen, B. (2)

(1) Unfallchirurgische Abteilung, Klinik Köln Merheim, (2) ASR Zentrale Köln

Fragestellung

In der gesetzlichen Unfallversicherung besteht eine gestaffelte Rehabilitation von der Krankengymnastik über die EAP, die stationäre Rehabilitation bis zur BGSW. Mit der Einführung der ASR als Modellprojekt und zunehmendem Interesse und Akzeptanz der Unfallversicherungsträger stellt sich die Frage, ob eine arbeitsplatzspezifische Rehabilitation effektiver in Bezug auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist.

Material und Methode

Aus dem Zeitraum 01.03.2003 - 15.09.2004 konnten 130 abgeschlossene ASR Maßnahmen retrospektiv ausgewertet werden. Bei 97 Monoverletzten und 33 Mehrfachverletzten handelt es sich an reha-relevanten Verletzungen um die Körperregionen: untere Extremität n = 58, obere Extremität n = 42, BWS/LWS n = 18, Becken n = 4, HWS n = 2. 19 Patienten wiesen 2 - 3 Verletzungsbereiche auf. 78 Patienten wurden der Gruppe einer schweren, 42 einer mittleren und 9 einer leichteren Arbeitsplatzbelastung zugeordnet. Die Rehabilitation erfolgte in Modulen auf die spezifische Arbeitsplatzbelastung abgestimmt.

Ergebnisse

65 % der Patienten konnten arbeitsfähig, ggf. über eine ABE-Arbeitsbelastungserprobung, aus der ASR entlassen werden. Von den Patienten, bei denen zuvor eine ABE-Arbeitsbelastungserprobung mit Abbruch vorlag, wurden 71 % arbeitsfähig. Eine vor der ASR durchgeführte BGSW-Maßnahme hatte auf den Eintritt der Arbeitsfähigkeit keinen Einfluss. Im Mittel erfolgten 25 ASR-Einheiten, für Patienten mit erreichter Arbeitsfähigkeit 28 Einheiten und nicht erreichter Arbeitsfähigkeit 19 Einheiten. Patienten, die vor der ASR nur Krankengymnastik hatten, unterschieden sich bezüglich der Anzahl von ASR-Einheiten nicht von denen mit zuvor zusätzlich anderen Rehabilitationsmaßnahmen. Patienten, die vor der ASR nur Krankengymnastik bekommen hatten, waren im Mittel nach 254 Tagen arbeitsfähig, gegenüber denen mit zusätzlich anderen vorgeschalteten Rehabilitationsmaßnahmen

von 364 Tagen. ASR - Wann? Nach BGSW ohne Erlangung der Arbeitsfähigkeit, nach abgebrochenen ABE-Maßnahmen, wenn die ABE-Maßnahme nicht möglich ist, wenn die Unfallfolge möglicherweise die Arbeitsfähigkeit im versicherten Beruf erlaubt, bevor eine Umschulung stattfindet (Einzelfallprüfung), bei drohendem 78. Wochen-Fall, wenn trotz EAP/MTT und Rehabilitationsfähigkeit kein Zuwachs an Kraft/Ausdauer/Koordination zu verzeichnen ist.

Schlussfolgerung:

Die ASR ist eine effektive Rehabilitationsmaßnahme und führt auch nach zuvor durchgeführter BGSW-Maßnahme ohne Eintritt der Arbeitsfähigkeit in 60 % zur Arbeitsfähigkeit und in 71 % auch nach zuvor gescheiterter Arbeits- und Belastungserprobung. Sie ist effektiver bezüglich der Länge der Arbeitsunfähigkeit, wenn zuvor keine anderen Rehabilitationsmaßnahmen außer Krankengymnastik durchgeführt wurden. ASR-Patienten sind überwiegend selektionierte Patienten mit einer erheblichen Unfallfolge und beruflichen Problemen. Die ASR ist sehr effektiv und u.U. nicht nur eine notwendige Ergänzung der bestehenden Rehabilitationskonzepte. Regionale Netzwerke zwischen Leistungsträger, Reha-Berater/Berufshelfer, D-Ärzten und ASR-Einrichtungen könnten sinnvoll sein.

Zeitliche Verläufe der beruflichen Wiedereingliederung bei neurologischen Patienten

Claros-Salinas, D., Greitemann, G.

Kliniken Schmieder Konstanz

Ziel der Untersuchung

Zu Gelingen oder Scheitern der beruflichen Wiedereingliederung von Patienten nach Schlaganfall, Schädelhirntrauma und sonstigen Schädigungen des zentralen Nervensystems tragen eine Vielzahl von Faktoren bei, die sich auf das Schädigungsereignis (Ätiologie, Ausmaß und Lokalisation der Hirnschädigung, Ausmaß und Muster von Aktivitäts- bzw. Partizipationsbeeinträchtigungen im motorischen, emotionalen und kognitiven Bereich) oder individuelle Faktoren des Patienten selbst (Alter, Geschlecht, Ausbildung, beruflicher Status) beziehen können. Ein relevanter Faktor ist auch der Zeitpunkt, an dem eine berufliche Reintegration am Arbeitsplatz einsetzen und damit die Phase klinischer Rehabilitation begrenzen sollte. Um beurteilen zu können, inwieweit dieser Zeitpunkt bei einer neurologischen Patientenstichprobe mit insgesamt mäßiggradigen Beeinträchtigungen kognitiver Leistungen eingrenzbar ist, wurde der zeitliche Verlauf beruflicher Reintegration untersucht.

Methode

Das kognitive Leistungsvermögen von Patienten, die bei Aufnahme in die stationäre neurologische Rehabilitation als Phase D-Patienten eingestuft wurden, wurde mit einem einheitlichen Assessmentverfahren (Papier- und Bleistift-Untersuchungen zu Aufmerksamkeit, Gedächtnis und intellektuellen Funktionen) erhoben. Diejenigen Patienten, deren berufliche Reintegration durch den behandelnden Neurologen als ausreichend chancenreich eingeschätzt wurde, erhielten ergänzend zu ihrem Standard-Therapieprogramm eine individuelle

berufsorientierte Behandlung (Neurologische Berufstherapie), die sich v.a. auf das ressourcenorientierte Erproben berufsspezifischer kognitiver Leistungen richtete. Bei günstigem Verlauf wurden bei Entlassung in der Regel Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (nach § 28 SGB IX) am bisherigen Arbeitsplatz empfohlen, die zeitnah durchgeführt werden sollten. Bei weniger günstigem Verlauf wurde eingeschätzt, inwieweit mittelfristige Reintegrationsmöglichkeiten bestanden oder eine berufliche Wiedereingliederung in absehbarer Zeit nicht realistisch erschien. Evaluiert wurde der zeitliche Verlauf der stufenweisen Wiedereingliederungsmaßnahmen (katamnestische Befragung 12 Monate nach Entlassung) bzw. die Zeitpunkte, an denen eine berufliche Reintegration des einzelnen Patienten scheiterte oder als nicht unmittelbar chancenreich eingeschätzt wurde. Unterschieden wurden drei Phasen:

Phase, in der schon aufgrund von Spontanremissions-Prozessen eine berufliche Wiedereingliederung eher nicht zu erwarten ist: Monat 1-6 nach Hirnschädigungsereignis;

Phase, in der die Möglichkeit grundsätzlicher Reorientierung auf die Teilhabe am Arbeitsleben zu entscheiden ist: Monat 7-12;

Phase, in der die Rückkehr an den Arbeitsplatz über Maßnahmen wie stufenweise Wiedereingliederung umzusetzen ist: Monat 13-18.

Hinsichtlich des Zusammenhangs von kognitiver Leistungsfähigkeit und des Erfolgs beruflicher Wiedereingliederung wurden drei Subgruppen verglichen: Subgruppe A (stufenweise Wiedereingliederung erfolgreich beendet) vs. Subgruppe B (stufenweise Wiedereingliederung nicht erfolgreich beendet) vs. Subgruppe C (keine Empfehlung zu unmittelbarer beruflicher Reintegration).

Ergebnisse

Von 120 Patienten, die der Neurologischen Berufstherapie mit dem Ziel einer Wiedereingliederung an den bisherigen Arbeitsplatz zugewiesen wurden, wurde rund 75 % bei Therapie-Ende eine stufenweise Wiedereingliederung als Maßnahme zu einer leistungsförderlichen und zugleich möglichst zügigen Reintegration empfohlen. Erfolgreich schlossen diese Maßnahme 75 % der Patienten ab (Subgruppe A), während die restlichen Patienten (Subgruppe B) ihre stufenweise Wiedereingliederung nicht antraten oder häufig vorzeitig abbrachen und insgesamt das Ziel einer Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz nicht erreichten. Für die 25 % der Gesamtstichprobe (Subgruppe C), denen bei Therapie-Ende keine unmittelbare berufliche Reintegration empfohlen wurde, zeigte die katamnestische Evaluation, dass diesen Patienten überwiegend keine oder zumindest keine vergleichbar zügige berufliche Wiedereingliederung gelang. Die kognitiven Assessment-Ergebnisse ergaben, dass insgesamt die erfolgreich reintegrierte Subgruppe A den Subgruppen B und C überlegen war. Die letzteren hingegen unterschieden sich nicht überzufällig. Die Analyse der zeitlichen Verläufe ergab, dass in der 1. Phase (Monat 1-6) nach Eintritt der Hirnschädigung die berufliche Wiedereingliederung für 3 % der erfolgreichen Patienten (Subgruppe A) erreicht wurde und für 5 % der Subgruppe B scheiterte. Für knapp ein Drittel der Subgruppe C wurde eine berufliche Wiedereingliederung in dieser Phase erst als mittelfristig möglich erachtet. In der 2. Phase (Monat 7-12) gelang es rund 40 % der Patienten der Subgruppe A sich wieder einzugliedern, 27 % sogar bereits 6-8 Monate nach dem Hirnschädigungsereignis. Mehr als die Hälfte der Subgruppe A jedoch kehrte erst in der 3. Phase (Monat 13-18) an ihren Arbeitsplatz zurück, die meisten von ihnen am Ende dieses Zeitraums. In den Phasen 2 und 3 ver-

teilte sich die Subgruppe B etwa gleich, während sich für die Subgruppe C ein relativer Anstieg (40 %) in der 2. Phase erkennen ließ.

Diskussion

Um bestehende Sozialkontakte am Arbeitsplatz und oft langjähriges Fach- und Betriebswissen eines Patienten als Ressource beruflicher Wiedereingliederung zu nutzen, ist grundsätzlich dessen zügige Reintegration anzustreben. Die Untersuchungsergebnisse weisen auf zwei unterschiedliche Phasen eines frühen beruflichen Wiedereinstiegs 6-8 Monate nach dem Hirnschädigungsereignis und eines späteren am Ende des 18-Monate-Zeitraums hin. Dabei erscheint das Ausmaß kognitiver Leistungsdefizite ausschlaggebend für die Empfehlung einer baldigen Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz, die unter Nutzung von Maßnahmen wie stufenweiser Wiedereingliederung mehrheitlich erfolgreich verlief.

Literatur

- Claros-Salinas, D., Greitemann, G., Jeske, A. (2000): Berufliche Neurorehabilitation innerhalb medizinischer Rehabilitationsphasen: Behandlungskonzept und Evaluation anhand katamnestischer Daten. *Neurol Rehabil*, 6 (2): 82-92.
- Claros-Salinas, D. (2001): Therapiekonzepte zur beruflichen Wiedereingliederung aphasierter Patienten. *Forum Logopädie*, 15. Jahrgang, Heft 1: 7-18.
- Claros-Salinas, D. (2004): Neurologische Berufstherapie - Evaluation kognitiver Leistungsdaten und beruflicher Wiedereingliederungsverläufe bei neurologischen Patienten, Dissertation Universität Konstanz.

Arbeitsbezug als Aufgabe der medizinischen Rehabilitation im Spiegel der KTL

Irlé, H., Somhammer, B., Klosterhuis, H.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin

Hintergrund

Mit der stärkeren Fokussierung auf arbeits- und berufsbezogene Fragestellungen steht die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung vor wichtigen konzeptionellen Herausforderungen, um den veränderten Bedürfnissen der Rehabilitanden bei der (Re-)Integration ins Berufsleben Rechnung zu tragen. Neben der voraussichtlichen Heraufsetzung des Rentenzugangsalters ist auch eine Verschiebung der Belastungsfaktoren innerhalb der Arbeitswelt zu berücksichtigen. Während körperliche Beanspruchung eher in den Hintergrund tritt, wird eine Verstärkung der psychomentalen Belastung z. B. durch Monotonie, mangelnden Entscheidungsspielraum und Angst vor Arbeitsplatzverlust diskutiert. Der Erwerb arbeitsbezogener Bewältigungsstrategien als originäre Aufgabe der medizinischen Rehabilitation hat in den letzten Jahren zunehmende Bedeutung erlangt, um dem trägerspezifischen Anspruch „Rehabilitation vor Rente“ gerecht zu werden. Mit der – nach Abschluss der Pilotphase – seit 1997 kontinuierlich von der BfA eingeführten und fortentwickelten Klassifikation therapeutischer Leistungen ist inzwischen eine große Transparenz bei der Dokumentation der rehabilitativen Versorgung erzielt worden. Hier können berufsbezogene Leistungen sowohl indikationsübergreifend als auch indikationsspezifisch (u. a. für neurologische Erkrankungen oder

psychische Störungen) verschlüsselt werden. Eine Dokumentationsanleitung für die Anwendung in der klinischen Sozialarbeit wurde 2002 herausgegeben.

Methodik

In einer deskriptiv-statistischen Analyse soll der Frage nachgegangen werden, ob sich die konzeptionellen Anpassungen an den individuellen Rehabilitationsbedarf auch in einer Kodierung berufsbezogener Leistungen niederschlagen und ob sich ein Zusammenhang mit einzelnen soziodemographischen Variablen bzw. sozialmedizinischen Problemkonstellationen ermitteln lässt. Darüber hinaus wird ein Vergleich des arbeitsbezogenen KTL-Leistungsspektrums für verschiedene Indikationen vorgenommen. Bei der Auswertung konnte mit $n = 19.636$ auf eine indikationsübergreifende 5 %-Stichprobe der Entlassungsberichte aller BfA-Rehabilitanden aus dem Jahr 2003 zurückgegriffen werden. Für eine Subgruppenanalyse stand zudem eine 20 %-Stichprobe der BfA-Reha-Entlassungsberichte zur Verfügung.

Ergebnisse

Art und Dauer arbeitsbezogener Therapieangebote werden in der medizinischen Rehabilitation recht unterschiedlich verschlüsselt. Die „sozialrechtliche Beratung zur beruflichen Situation“ und die „Beratung zur beruflichen Rehabilitation“, die von 7,3% bzw. von 3,5 % der Rehabilitanden in Anspruch genommen werden, erweisen sich über alle Indikationen hinweg als die am häufigsten dokumentierten Leistungen. Dagegen spielt z. B. ein „Arbeitsplatzbesuch“ innerhalb der klinischen Sozialarbeit bislang keine Rolle. Erwartungsgemäß ist der Anteil berufsbezogener Leistungen in den Sucht- und Psychosomatik-Einrichtungen am höchsten: so erhält etwa ein Viertel der Rehabilitanden mit einer Abhängigkeitserkrankung eine indikationsgeleitete Arbeitstherapie im Bereich Soziales/Hauswirtschaft. In der Psychosomatik wird bei etwa 8 % der Rehabilitanden eine „Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung“ verschlüsselt. Indikative Gruppen zur beruflichen Orientierung werden bei der Rehabilitation psychischer Erkrankungen insbesondere von Arbeitslosen in Anspruch genommen (Sucht: 9,3 %, Psychosomatik: 8,2 %). Darüber hinaus wird bei 5,8 % der arbeitslosen Sucht-Rehabilitanden und bei 3,3 % der arbeitslosen Psychosomatik-Rehabilitanden eine interne Belastungserprobung verschlüsselt. Die Organisation und das Monitoring einer externen Belastungserprobung kommt bei arbeitslosen Rehabilitanden sowohl in der Sucht (7,6 %) als auch in der Psychosomatik (0,8 %) gleichfalls etwa dreimal häufiger vor als bei berufstätigen Teilnehmern. Die Auswertungen weisen auch auf geschlechtsspezifische Muster hin. Demnach sind berufsorientierte psychoedukative Gruppen und Belastungserprobung im Gegensatz zum Arbeitsplatztraining eher männliche Domänen. Die Häufigkeit einer sozialrechtlichen oder beruflichen (Rehabilitations-)Beratung korreliert eng mit vorhergehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten, während sich hinsichtlich der Alterseffekte ein uneinheitliches Bild zeigt. Bei der Auswertung fällt zudem auf, dass die bisher vorgegebene Trennung zwischen indikationsspezifischer und indikationsübergreifender Kodierung in der Praxis nur bedingt eingehalten wird. Auch in der Kardiologie bzw. der Orthopädie werden in teilweise größerem Umfang spezifische arbeitstherapeutische Leistungen kodiert, die formal auf das Fachgebiet „Abhängigkeitserkrankungen“ beschränkt sind.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Spezifische arbeitsplatzbezogene Problemlagen finden in der medizinischen Rehabilitation Berücksichtigung. Allerdings spiegelt sich der inhaltliche Anspruch der Rentenversicherung im kodierten arbeits- und berufsbezogenen Interventionsspektrum nicht vollständig wieder. Die Absolutzahlen der in Anspruch genommenen Leistungen muten insgesamt eher mäßig an. Neben Mängeln der Dokumentation kommen als Ursache auch strukturelle Defizite in Betracht. Bei der vorgesehenen Überarbeitung der KTL sollte der bislang enge Indikationsbezug gelockert werden, um eine adäquate Abbildung des Leistungsspektrums auch für die somatische Rehabilitation zu ermöglichen.

Literatur

- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2003): Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, überarbeitete Fassung (www.bfa.de).
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.) (2000): KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, 4. Auflage.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.) (2002): KTL – Dokumentationsanleitung für die Anwendung in der klinischen Sozialarbeit, 1. Auflage.

Anforderungs- und Fähigkeitsprofile in der medizinischen Rehabilitation bei degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen

Fehr, M., Slesina, W.

Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Fragestellung

Um die Erwerbsfähigkeit zu sichern und die Rückkehr zur Arbeit zu stärken, integriert die medizinische Rehabilitation zunehmend berufsorientierte Komponenten in ihre Maßnahmen (BAR, 2000). Verfahren des Vergleichs von Anforderungs- und Fähigkeitsprofilen bilden hierbei einen wichtigen Ansatz (Schian/Kaiser, 2000). Eine eigene Interventionsstudie prüfte die Hypothese, dass detaillierte Informationen für Reha-Ärzte über die spezifischen beruflichen Anforderungen und berufsbezogenen Überforderungen der Rehabilitanden das Reha-Outcome und die Rate der Berufsrückkehr im Vergleich zur bisherigen Reha erhöhen (Slesina et al., 2004).

Methodik

Konsekutiv wurden LVA-versicherte Rehabilitanden (Alter ≤ 55 Jahre, erwerbstätig oder max. ein Jahr erwerbslos) mit der Indikation degenerative Wirbelsäulenerkrankung (ICD-10: M47, M48, M50, M51, M53, M54; normales Heilverfahren) aus zwei Reha-Kliniken in Sachsen-Anhalt einbezogen. Es lag ein quasi-experimentelles Design mit einer Interventionsgruppe (n=135) und einer Vergleichsgruppe ohne Intervention (n=128) zugrunde. Im Interventions-teil der Studie erhielten die Reha-Ärzte konkrete Informationen über die beruflichen Anforderungs- und Leistungsfähigkeitsprofile und berufsbezogenen Überforderungen der Rehabilitanden als Grundlage für eine spezifisch anforderungs- und überforderungsorientierte Gestaltung der Reha-Maßnahmen. In der Vergleichsgruppe erfolgte die übliche Reha-Behandlung. - Formen der Datenerhebung waren: 1) objektivierende Assessments der Arbeitsanforderungen und der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden bei Reha-Beginn anhand der EAM-Methode durch Projektärzte und Arbeitswissenschaftler, 2) schriftliche Selbstan-gaben der Rehabilitanden zu somatischen, psychischen, sozialen Merkmalen (u. a. IRES-MIN, BSI, FBS, FEBA, FKV). - Erhebungszeitpunkte: T1=Reha-Beginn, T2=Reha-Ende; T3=6 Monate nach Reha.

Ergebnisse

Sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Vergleichsgruppe ergaben sich signifikante Verbesserungen von T1 nach T2 bei der körperlichen Leistungsfähigkeit nach EAM (z. B. bei Heben, Tragen, Hocken, körperlicher Dauerbelastung), ferner bei somatischen, psychischen und psychosozialen Merkmalen der Rehabilitanden (Schmerzen, vitale Erschöpfung, krankheitsbedingte Behinderung im Alltag, Ängstlichkeit, Reha-Gesamtstatus). Die meisten Werte verschlechterten sich von T2 nach T3 wieder signifikant. Die Intervention erbrachte bei den vier häufigsten Leistungsüberforderungen der Rehabilitanden, d. h. bei „Rumpfbe-

wegungen“, „Heben“, „Tragen“ und „körperlicher Dauerbelastung“, kein besseres Ergebnis als in der Vergleichsgruppe. Zudem konnten solche anforderungsspezifischen Überforderungen der Leistungsfähigkeit in beiden Gruppen nur wenig abgebaut werden, z. B. lediglich bei 17 % bzw. 15 % der im Merkmal „Rumpfbewegungen“ bei Reha-Beginn beruflich überforderten Personen. Auch die Häufigkeit der Rückkehr in das Erwerbsleben (um 75 %) unterschied sich für die zu T1 Erwerbstätigen nicht signifikant zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Reha-Ärzte der beiden Kliniken beurteilten die im Interventionsteil erhobenen berufsbezogenen Informationen als praktisch nützlich. Das Interventionsergebnis weicht aber von den positiven Erfahrungen mit Methoden des Anforderungs-Fähigkeits-Profilvergleichs anderer Projekte ab (z. B. Landau et al., 2003). Als Ursachen für den nicht eingetretenen Interventionserfolg kommen u. a. in Betracht:

Es handelte sich bei den beruflich Überforderten möglicherweise partiell um Personen, bei denen eine von medizinischer Seite nicht voll kompensierbare Anforderungs-Fähigkeits-Diskrepanz vorlag.

Die anforderungs- und überlastungsbezogenen Informationen wurden u. U. nicht hinreichend in entsprechende therapeutische Reha-Maßnahmen umgesetzt. Es hätte vielleicht eines gemeinsamen Lernprozesses in der Handhabung solcher anforderungsbezogenen Informationen bedurft. Oder als Frage formuliert: was sind die Voraussetzungen für die konsequente Umsetzung einer medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation?

Eine Klärung solcher Fragen erscheint wichtig, um eine optimale therapeutische Ausschöpfung berufsbezogener Assessment-Informationen zu ermöglichen.

Literatur

Landau, K., Bopp, V., Brauchler, R., Presl, R., Stern, H., Knörzer, J. (2003): Integration arbeits- und verhaltensergonomischer Trainingseinheiten in die Rehabilitation auf der Basis eines berufsorientierten Anforderungs- und Fähigkeitsabgleiches. In: VDR (Hrsg): 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften, Bd. 40. Frankfurt/M.: VDR, 274-275.

Schian, H.M., Kaiser, H. (2000): Profilvergleichssysteme und leistungsdagnostische, EDV-gestützte Technologie. In: Rehabilitation, 39, 56-64.

Slesina, W., Weber, A., Weber, U., Schian, H.M. (2004): Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation zum Erhalt des Erwerbslebens. Hamburg: Feldhaus-Verlag.

Aktivitäts- und teilhabebezogene Effekte der medizinisch beruflichen Orientierung in der MSK-Rehabilitation – Ergebnisse einer randomisierten Follow-up-Studie

Streibelt, M. (1), Dohnke, B. (1), Rybicki, T. (2) Müller-Fahrnow, W. (1)

(1) Charité Berlin, Lehrstuhl f. Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung, (2) Klinik Niedersachsen, Bad Nenndorf

Die medizinisch berufliche Orientierung in der Rehabilitation (MBO) zeichnet sich durch die stärkere Fokussierung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung des Patienten auf seine individuellen beruflichen Anforderungen aus und spiegelt sich stärker als bisher in spezifisch berufsbezogenen Behandlungsstrategien wider (BAR, 2000). Das Modell der Klinik Niedersachsen in Bad Nenndorf „Medizinisch Berufliche Orientierung“ setzt dieses neue Konzept um, indem es die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) (Isernhagen, 1995) ins Zentrum der Diagnostik und Behandlungsplanung und -durchführung stellt.

Ziel

Untersucht werden Effekte dieses MBO-Modells auf die berufliche Teilhabe von MSK-Patienten mit beruflicher Problematik: Angenommen wird, dass sich die MBO-Behandlung sowohl positiv auf die gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen (u.a. im Beruf) als auch langfristig auf die berufliche Teilhabe auswirkt.

Methodik

Die Daten stammen aus einer randomisierten Verlaufsstudie, die zur Evaluation des MBO-Modells in der Klinik Niedersachsen (Bad Nenndorf) über ein Jahr (August 2002 – Juli 2003) durchgeführt wurde. Von den 494 MSK-Patienten der LVA Westfalen, die an der Studie teilnahmen, wurde bei 222 ein MBO-Bedarf diagnostiziert. Diese 222 Patienten (MBO+) wurden dann durch ein Randomisierungsverfahren entweder dem MBO-Behandlungsmodell (NU) oder der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation (NK) zugewiesen. Die Befragung erfolgte zu Reha-Beginn (t1), Reha-Ende (t2), sechs und zwölf Monate nach Entlassung (t3, t4). Die Responserate lag zu t3 bei 77 %, zu t4 bei 65 %. Das Alter der 222 MBO+-Patienten betrug 44 Jahre (SD = 10). 79 % waren männlich; 78 % hatten eine Erkrankung des Rückens (M40-M54). Gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen wurden mit dem SF-36 und dem Pain Disability Index (PDI) erfasst; berufliche Teilhabe wurde über den Erwerbsstatus sechs und zwölf Monate nach der Rehabilitation operationalisiert.

Ergebnisse

Effekte der MBO-Behandlung auf gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen wurden über Varianzanalysen mit Messwiederholung (GLM) unter Kontrolle von Erwerbsstatus vor der Maßnahme und Diagnosegruppe (Erkrankungen des Rückens vs. andere muskuloskelettale Erkrankungen) geprüft. Die körperliche Summenskala des SF-36 weist einen signifikanten Zeiteffekt über die sechs Monate aus, der sich jedoch zwischen den Behandlungsgruppen nicht signifikant unterscheidet (dU=1,12; dK=0,98). Die psychische Summenskala zeigt keine Effekte. Für die PDI-Summenskala wird sowohl ein Zeit- als auch ein Interaktionseffekt (Gruppe*Zeit) signifikant ausgewiesen: In der MBO-Untersuchungsgruppe liegen signifikant stärkere Verbesserungen vor als in der Kontrollgruppe (dU=0,82; dK=0,17). Nach einem

Jahr können die gezeigten Unterschiede bestätigt werden. Zur Untersuchung von Effekten der MBO-Behandlung auf die berufliche Teilhabe sechs bzw. zwölf Monate nach Entlassung wurde eine logistische Regression unter Kontrolle von Erwerbsstatus vor der Maßnahme und Diagnosegruppe durchgeführt. Zunächst zeigt sich ein signifikanter Effekt der Kontrollvariablen. Auch die MBO-Behandlung selbst verbessert die berufliche Teilhabequote signifikant, jedoch nur bei Berücksichtigung der Diagnosegruppen: Insbesondere Patienten mit Erkrankungen des Rückens profitieren von der Teilnahme am MBO-Modell; ihr Risiko nach sechs Monaten arbeitslos zu sein, beträgt 16 % (nach 12 Monaten: 30 %) gegenüber 40 % in der Kontrollgruppe (nach 12 Monaten: 60 %).

Diskussion

Die Ergebnisse der randomisierten Studie weisen positive Effekte des MBO-Modells der Klinik Niedersachsen auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen u.a. im Beruf aus. Teilnehmer der MBO-Behandlung berichten nach einem Jahr geringere Beeinträchtigungen durch Schmerzen im Beruf. Vermutlich werden diese Effekte der MBO-Behandlung durch Veränderungen in personalen Kontextfaktoren (z.B. Erlernen aktiver Copingstrategien) bedingt, wie dies bereits an anderer Stelle postuliert wurde (Neuderth, Vogel, 2000). Die MBO-Behandlung führt darüber hinaus zu einem geringeren Risiko, ein Jahr nach der Maßnahme arbeitslos zu sein. Damit wurde ein wichtiger empirischer Befund geliefert, dass das EFL-zentrierte MBO-Modell in Bezug auf die Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung bei Patienten mit MBO-Bedarf effektiver ist als die herkömmliche MSK-Rehabilitation.

Schlussfolgerungen

Die MBO-Rehabilitation stellt eine wichtige Option der medizinischen Rehabilitation dar. Dabei sollten diagnostische und therapeutische Bedingungen eine stärkere Standardisierung erfahren. So sind eindeutig festgelegte Behandlungskategorien zu entwickeln, um die Effektivität der MBO-Behandlung zu steigern und nicht zuletzt eine bessere empirische Vergleichbarkeit verschiedener MBO-Modelle herzustellen.

Literatur:

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2000): Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation. Bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. Bericht über die Expertentagung am 25. und 26. Januar 2000 in Würzburg. Frankfurt/M.
- Greitemann, B., Dibbelt, S., Büschel, C. (2004): Berufliche Orientierung in der stationären orthopädischen Rehabilitation: Haben berufsbezogene Beratungs- und Behandlungsangebote langfristige Effekte? In: VDR (Hrsg.) Band zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 8.-10. März 2004 in Düsseldorf, 235-237.
- Isernhagen, S.J. (1995): Contemporary Issues in Functional Capacity Evaluation. In: dies. (Hrsg.) The Comprehensive Guide to Work Injury Management. Gaithersburg, Maryland: Aspen.
- Streibelt, M., Müller-Fahrnow, W. (2004): Die MBO-Rehabilitation in der Patientensicht: Unterschiede in den Erwartungen und Bewertungen von MBO- und nicht-MBO-Patienten. In: VDR (Hrsg.) Band zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 8.-10. März 2004 in Düsseldorf, 220-222.
- Zwerenz, R., Knickenberg, R.J., Vorndran, A., Beutel, M.E. (2004): Kurz- und langfristige Ergebnisse einer kontrollierten Studie zur beruflichen Belastungserprobung als therapeutisches Modul innerhalb der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In: VDR

Ergebnisorientierte Optimierung der Rehabilitationskonzepte bei berufstätigen Patienten mit rezidivierenden Rückenschmerzen - eine kontrollierte klinische Studie

Müller, W.D. (1), Bak, P. (2), Maier, V. (1), Lohsträter, A. (3), Smolenski, U.C. (2)

(1) m&i Fachklinik, Bad Liebenstein, (2) Universitätsklinikum Jena, Institut für Physiotherapie, (3) Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, Erfurt

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Rehabilitation zielt unter sozialmedizinischen Aspekten auf den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit des Rehabilitanden ab. Dieser Auftrag kann nur gelingen, wenn nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme möglichst nahtlos die berufliche Integration eingeleitet wird. Es existiert kaum Evidenz, dass die Implementierung von verbreiteten Qualitätssicherungssystemen die Rehabilitation zur Teilhabe positiv beeinflussen kann (Bak et al., 2004). Die meisten dieser Systeme berücksichtigen schwerpunktmäßig die Struktur- und Prozessqualität ohne die Ergebnisse aus der Patientenperspektive zu Grunde zu legen (Grimshaw et al., 2003). Ziel dieser Arbeit war es, die Wirksamkeit einer ergebnisgestützten Optimierung des Rehabilitationskonzeptes bei berufstätigen Rückenschmerzpatienten zu untersuchen.

Methodik

25 konsekutive Patienten, berufstätig in der Automobilindustrie auf ergonomisch gefährdeten Arbeitsplätzen, wurden wegen rezidivierender Rückenschmerzen (Vergleichsgruppe) in eine 3-wöchige multidisziplinäre stationäre Rehabilitation eingewiesen. Das Rehabilitationsprogramm beinhaltete Elemente der Bewegungstherapie, Ergotherapie, passive Physiotherapie sowie psychologische und schmerztherapeutische Interventionen. Zusätzliche Maßnahmen wie Patientenschulung, Diät- und Berufsberatung wurden angeboten. Den Patienten wurden SF-36, EQ-5D und FFbH am Anfang (T1), am Ende (T2) der Reha-Maßnahme und 3 Monate nach der Entlassung (T3) vorgelegt. Nach Auswertung der Ergebnisse und der aufgezeigten Defizite wurde im Konsens aller Beteiligten (BKK, LVA, Betriebsärzte, Rehabilitationsärzte und -wissenschaftler) ein modifiziertes Konzept erstellt, welches eine strukturierte Kommunikation im Reha-Prozess und Elemente von arbeitsplatzbezogener Leistungsdiagnostik und -therapie stärker berücksichtigt. Es wurden weitere 33 konsekutive Patienten mit gleicher Indikation (Interventionsgruppe) nach dem modifizierten Konzept behandelt und mit der gleichen Testbatterie befragt. Longitudinale Effekte und Gruppenunterschiede wurden statistisch geprüft.

Ergebnisse

In der Vergleichsgruppe zeigte der SF-36 zwischen T1 und T2 nur trendmäßige, aber keine statistisch signifikanten Veränderungen in den Subskalen und Summenscores. Zwischen T2 und T3 zeigten sich in mehreren Skalen negative Effekte. In den Skalen RP, BP und PCS

erreichten die Patienten, auch unter Berücksichtigung von 95 %-CI, den jeweiligen alters- und geschlechtsadjustierten Populationsdurchschnitt nicht. Der EQ-5D zeigte weder im TTO-Index noch in der VAS eine signifikante Verbesserung von T1 zu T2 oder T3. Der FFbH zeigte nach einer signifikanten Verbesserung zwischen T1 und T2 eine trendmäßige Verschlechterung der Funktionalität zwischen T2 und T3. Die Interventionsgruppe zeigte zu T1 niedrigere Werte in allen Subskalen des SF-36. Diese waren für PF, RP, BP und MH statistisch signifikant. In den Subskalen PF, RP, VT, MH sowie in beiden Summenscores konnten signifikante Veränderungen erreicht werden. Zu T2 bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Zum Zeitpunkt T3 waren die Unterschiede in den Skalen PF und RP zu Gunsten der Interventionsgruppe statistisch signifikant. EQ-5D zeigte keine signifikanten Veränderungen. FFbH zeigte auch zwischen T2 und T3 trendmäßige Verbesserung und signifikante Gruppenunterschiede zu T3 zu Gunsten der Interventionsgruppe.

Diskussion

Die Stichprobengröße war zur Überprüfung des Verfahrens grenzwertig, so dass die Studie Pilotcharakter hat. Die Messinstrumente sind international bekannt und, auch als deutsche Versionen, validiert. Die Signifikanz der Veränderungen könnte, vor allem bei SF-36 und EQ-5D, durch die Änderungssensitivität der Instrumente limitiert worden sein. Die Verbesserungen waren hauptsächlich in den somatischen Subdimensionen statistisch signifikant, wo die niedrigen Ausgangswerte auf einen hohen Rehabilitationsbedarf hinwiesen. Auch bei der Vergleichsgruppe handelte es sich nicht um ein Standardverfahren, sondern um eine bereits modifizierte Version mit verkürzten Entscheidungswegen und Einberufungszeiten. Die Optimierung versucht die in der Rehabilitation verbreiteten Qualitätsdimensionen von Donabedian (Donabedian, 1966) mit der PDCA-Optimierungsmethode von Deming (Deming, 2000) zu verbessern.

Schlussfolgerungen

Trotz der methodischen Nachteile bestätigen die Ergebnisse die Notwendigkeit der permanenten Prozessoptimierung in der Rehabilitation. Eine solche Optimierung soll sich auf ICF-Dimensionen stützen und in Kenntnis der Ergebnisse durchgeführt werden. Studien sind nötig, um die Wirksamkeit des ergebnisgestützten Reha-Managements zu untermauern und die Kosten-Effektivität von arbeitsplatzbezogenen Elementen in der Rehabilitation von berufstätigen Patienten mit Rückenschmerzen zu untersuchen. So könnten die Allokationsentscheidungen der Kostenträger auf eine breitere Evidenzbasis gestellt werden.

Literatur

- Bak, P., Lohsträter, A., Müller, W.D., Bocker, B., Smolenski, U.C. (2004): Zertifizierungs- und Akkreditierungssysteme als Instrument des Qualitätsmanagements in der Rehabilitation (Teil 1) - Identifizierung und Charakterisierung der meist verbreiteten Systeme Phys Rehab Med Kuror 14: 6.
- Deming, W.E. (2000): "Out of the Crisis." MIT Press (Reprint).
- Donabedian, A. (1966): Evaluating Quality of Medical Care. Public Health Reports 81, 356-360.
- Grimshaw, J., McAuley, L.M., Bero, L.A., Grilli, R., Oxman, A.D., Ramsay, C., Vale, L., Zwarenstein, M. (2003): Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. Quality & Safety in Health Care 12, 298-303.

Wie werden Empfehlungen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zu prüfen, gehandhabt? Ein Vergleich zwischen den Indikationsbereichen Psychosomatik und Orthopädie/Innere.

Kobelt, A. (1), Grosch, E.V. (1), Gutenbrunner, C. (2)

(1) LVA Hannover, (2) Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Physikalische Medizin und Rehabilitation

Einleitung

Die Bedrohung der Erwerbsfähigkeit durch psychisch bedingte Erkrankungen bringt häufig eine Abwärtsspirale mit mangelnder sozialer Anerkennung, zunehmender sozialer Isolierung und Verlust gesellschaftlicher und beruflicher Aktivität und Partizipation des Patienten in Gang. Amberger (2003) weist darauf hin, dass anhaltende Funktionsbeeinträchtigungen auf der psychischen Ebene zu Leistungsminderungen in allen Lebensbereichen führen. Daher sollten innerhalb der medizinischen Rehabilitation arbeitsweltorientierte Problemstellungen im Sinne des übergeordneten Ziels der Rehabilitation durch die Rentenversicherung, nämlich das Leistungsvermögen der Versicherten nachhaltig zu festigen oder wiederherzustellen, konzeptuell berücksichtigt werden (Bürger, 2004). Die verantwortungsbewusste Berücksichtigung der beruflichen Perspektive bei der weiteren Rehabilitationsplanung, beispielsweise durch die Empfehlung, LTA zu prüfen, sollte auch über die Entlassung aus der medizinischen Heilbehandlung hinaus eine bedeutende Rolle spielen. Nach der medizinischen Rehabilitation unterbleiben in manchen Fällen notwendige Hilfeleistungen zur Unterstützung der Reintegration der Rehabilitanden auf dem ersten Arbeitsmarkt durch LTA. Dafür gibt es unter anderem objektive Gründe, da einige Versicherte nicht die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllen. Die vorliegende explorative Studie beschäftigt sich mit folgenden Fragestellungen:

1. Wie groß ist der prozentuale Anteil der nachfolgenden Empfehlungen, LTA zu prüfen bei Rehabilitanden, die an einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben im Vergleich zu Versicherten, die an einer Rehabilitation wegen muskuloskelettaler Beschwerden teilgenommen haben?
2. Lassen sich neben den möglicherweise nicht erfüllten versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen weitere Gründe dafür finden, dass Anträge auf LTA nicht bewilligt werden?

Methodik

In die Untersuchung gingen alle Versicherten der LVA Hannover ein, die 2002 entweder eine medizinische Heilbehandlung wegen einer psychosomatischen ($n = 3401$) oder wegen einer orthopädischen und/oder rheumatologischen Erkrankung absolviert hatten ($n = 15587$). Die Daten wurden entweder dem Entlassungsbericht oder dem Versichertenkonto entnommen. Zur statistischen Absicherung wurden χ^2 -Tests und Effektstärken berechnet.

Ergebnisse

Insgesamt wurde bei 213 (6,7 %) Rehabilitanden aus dem psychosomatischen gegenüber 1443 (10,2 %) Rehabilitanden aus dem orthopädisch-rheumatologischen Indikationsbereich ($\chi^2 = 37,1$; $df = 1$; $p \leq 0,001$) die Empfehlung gegeben, LTA zu prüfen. Die Arbeitsunfähig-

keitszeiten der Rehabilitanden aus dem psychosomatischen Indikationsbereich waren im Jahr vor der medizinischen Rehabilitationsbehandlung deutlich länger als die der orthopädisch-rheumatologisch rehabilitierten Versicherten (ES= 0,2), demgegenüber wurden jedoch von der letzten Gruppe wesentlich mehr arbeitsunfähig entlassen (ES = 0,15). Von den 213 Versicherten des psychosomatischen Indikationsbereichs, bei denen die Prüfung einer LTA empfohlen worden war, stellten 164 (77 %) nach Entlassung tatsächlich einen Antrag, während dies 186 (87,3 %) der Vergleichsgruppe taten (ES= 0,14). Von diesen 164 Anträgen wurden jedoch lediglich 53 (32,3 %) bewilligt. Demgegenüber wurde beinahe jeder zweite Antrag (53,2 %, n = 99) von Versicherten aus dem orthopädisch-rheumatologischen Indikationsgebiet bewilligt (ES= 0,2). Bei mehr als der Hälfte der Versicherten, deren Antrag auf LTA abgelehnt worden war, wurde ein Leistungsvermögen von mehr als 6 Stunden attestiert. Es bestand ein deutlicher Zusammenhang zwischen der unsachgemäßen Beurteilung des Leistungsvermögens für die letzte berufliche Tätigkeit und der Ablehnung von LTA-Maßnahmen ($r = -0,21$; $p \leq 0,01$).

Diskussion

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen eine positive Strategie dar, den Versicherten an der Schnittstelle zwischen Rehabilitationsmaßnahme und sozialen Alltag zu unterstützen. Die geringe Anzahl von Empfehlungen, macht deutlich, wie wenig die Problematik der Erwerbstätigkeit in der medizinischen Rehabilitation thematisiert wird. Gleichzeitig zeigt unsere Untersuchung, dass Informationsmängel im Umgang mit dem ärztlichen Entlassungsbericht herrschen und die stationäre Rehabilitation immer noch zu wenig auf die poststationäre Phase ausgelegt ist. Auf Kostenträgerseite sollte bei der Entscheidung über LTA berücksichtigt werden, dass es bei der Beurteilung der Versicherten in den Kliniken zu formellen Fehlern kommen kann. Eine ausschließliche Berücksichtigung des Entlassungsberichtes bei Eingang eines Antrages auf LTA wird daher in Einzelfällen der tatsächlichen Lage der Betroffenen nicht gerecht.

Literatur

- Amberger, S., Irle, H., Grünbeck, P. (2003): Arbeitsbezogene Strategien und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Versicherten mit psychischen Störungen. Deutsche Angestellten Versicherung, 3, 135-141.
- Bürger, W. (2004): Stufenweise Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation – Teilnehmer, Durchführung, Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. Rehabilitation, 43, 152-161.

Ergebnisevaluation der medizinisch-beruflich orientierten (MBO) Rehabilitation von MSK-Patienten

*Müller-Fahrnow, W. (1), Knörzer, J. (2), Muraitis, A. (1), Möllmann, C. (1), Streibelt, M. (1)
Hansmeier, T. (3)*

(1) Charité Berlin (2) Klinik Bavaria (3) BfA Berlin

Hintergrund

Das MBO-Konzept der Bavaria Klinik Freyung bildet Patientenkategorien im orthopädischen Indikationsbereich auf der Grundlage einer differenzierten Leistungs- und Funktionsdiagnostik mit dem Schwerpunkt einer arbeitsmedizinischen Orientierung. Dabei kommt im Rahmen der Diagnostik ein speziell entwickeltes Assessmentverfahren zur Profildifferenzdarstellung zwischen der subjektiven Leistungsfähigkeit des Patienten und den objektiven beruflichen Anforderungen zum Einsatz. Zur Ergebnisevaluation dieses Konzeptes wurde eine kontrollierte Längsschnittstudie durchgeführt, in der die umfassende MBO-Rehabilitation in der Bavaria Klinik Freyung mit einer herkömmlichen orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme (Kontrollklinik: Bavaria-Klinik Bad Kissingen) verglichen wurde. Zielkriterien der Evaluation waren einerseits die subjektive Bewertung der Reha-Maßnahme und andererseits die Verbesserung in Merkmalen der ICF-Bereiche Körperstrukturen und -funktionen, Aktivität und Partizipation.

Methodik

Die kontrollierte Längsschnittstudie umfasste vier Erhebungszeitpunkte. Patientenfragebogen zu Reha-Beginn, Reha-Ende sowie sechs und zwölf Monate nach der Entlassung beinhalteten u.a. EQOL, SF-36, HADS, AVEM. Außerdem wurden Daten aus dem Entlassungsbericht (z.B. Arbeitsfähigkeit) herangezogen. Insgesamt nahmen zu Reha-Beginn 1.158 Rehabilitanden an der Studie teil. Am dritten Befragungszeitpunkt (sechs Monate nach der Entlassung) beteiligten sich 822 Rehabilitanden (71 %). Das durchschnittliche Alter betrug 46,8 (9,1) Jahre, der Anteil Frauen 41 %. Erste Einweisungsdiagnose war in 82 % der Fälle eine Erkrankung der Wirbelsäule und des Rückens (M40-54).

Ergebnisse

Die Einzelergebnisse des Klinikvergleichs zeigten, dass die Patienten der MBO-Klinik in vielen Merkmalen schlechtere Ausgangsbedingungen hatten. Allerdings zeigten sich für die MBO-Rehabilitanden größere Verbesserungen, so dass sie sechs Monate nach der Entlassung zumindest das gleiche Niveau erreichten wie Patienten der Kontrollklinik. Bei aktivitätsbezogenen Merkmalen erzielten die Patienten der MBO-Klinik sogar relativ bessere Ergebnisse. Patienten der MBO-Klinik berichten sechs Monate nach Entlassung häufiger, dass die Maßnahme ihre körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit gesteigert hat. Im Vergleich zur Kontrollklinik sind bei Patienten der MBO-Klinik zwischen Reha-Beginn und sechs Monate nach Reha-Ende stärkere Verbesserungen des aktuellen Gesundheitszustands (EQOL) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36, Bullinger & Kirchberger, 1998) sowie eine stärkere Reduktion von Angst und Depressivität (HADS, Herrmann, Buss & Snaith, 1995) zu beobachten. Zudem verbessert sich deutlicher die Widerstandsfähigkeit gegen Belastungen und das Arbeitsengagement (beides: AVEM, Schaarschmidt & Fischer,

1996). Hinsichtlich des Partizipationskriteriums Arbeitsfähigkeit lassen sich tendenziell bessere Ergebnisse für die MBO-Klinik berichten. Zudem finden sich korrespondierend mit der subjektiven Einschätzung der Erwerbssituation und den Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM) sechs Monate nach der Rehabilitation schlechtere Erwerbsquoten in der Kontrollklinik.

Diskussion

Mit einem MBO-Konzept können im Vergleich zu einer herkömmlichen orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme stärkere Verbesserungen in Merkmalen der Aktivität und z.T. Partizipation erzielt werden. Die Patienten bewerten die Reha-Maßnahme sechs Monate nach Entlassung positiver. In Bezug auf die Merkmale Arbeitslosigkeit und AU-Zeiten lassen sich nur tendenzielle Effekte nachweisen. Diesbezüglich sind externe, durch die Behandlung weniger beeinflussbare Rahmenbedingungen zu diskutieren.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Das in der Bavaria Klinik Freyung praktizierte MBO-Konzept zeigt signifikante Effekte für Patienten mit starken gesundheitsbedingten beruflichen Beeinträchtigungen. Um differenziertere Aussagen treffen zu können, welche Patientengruppen besonders von einer MBO-Rehabilitation profitieren können, sollten Behandlungspfade für differentielle Patientengruppen respektive Patientenkategorien entwickelt werden, die eine standardisierte Diagnostik und Intervention einschließen.

Literatur

- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1998): Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Weiterentwicklung der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation in der 14. Legislaturperiode. Frankfurt/Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2000): Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation. Bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. Bericht über die Expertentagung am 25. und 26. Januar 2000 in Würzburg. Frankfurt/Main.
- Bundesversicherungsanstalt (2003): Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Positionspapier.
- Herrmann, C., Buss, U., Snaith, R.P. (1995): HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Bern: Huber.
- Schaarschmidt, U., Fischer, A.W. (1996): AVEM: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Frankfurt a.M.: Swets.

Orientierender Überblick über Strukturen, Inhalte, erste Studienergebnisse zur medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation für orthopädische Rehabilitanden

*Knörzer, J. (1), Presl, R. (1), Stern, H. (1), Müller-Fahrnow, W. (2), Hansmeier, Th. (3)
Landau, K. (4), Brauchler, R. (4), Sinn-Behrendt, A. (4), Bopp, V. (4)*

(1) Klinik Bavaria, Kreischa, (2) Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité Berlin, (3) BfA, (4) Institut für Arbeitswissenschaft der TU Darmstadt – IAD

Skizziert werden Grobstrukturen und Inhalte eines berufsorientierten Konzeptes zur medizinischen Rehabilitation (MBO) für orthopädische Rehabilitanden, ausgewählte Ergebnisse einer kontrollierten Beobachtungsstudie sowie einer katamnestischen Telefonbefragung. Das MBO-Konzept befindet sich im Entwicklungsstadium. Es ist aufgebaut aus den herkömmlichen Elementen der orthopädischen Rehabilitation, ergänzt um berufsorientierte Funktionsdiagnostik und -therapie in Form präventivmedizinischer- und Trainingsmodule. Dem berufsorientiert erweiterten Leistungsspektrum entsprechend wurde auch das Reha-Team ergänzt um Arbeitsmediziner, Berufspädagogen und Ergonomietrainer. Zur Erfassung und Dokumentation beruflicher Engpässe und zur berufsorientierten Reha-Steuerung wird in den interdisziplinär aufgebauten Teams ein übergreifendes sozialmedizinisches Bavaria-Rehabilitanden-Assessment als Screening-Instrument routinemäßig eingesetzt. Im Sinne einer Stufendiagnostik werden, problemorientiert, spezifische motorische und psychologische Instrumente eingesetzt. Der Einsatz der berufsorientierten Therapiemodule ist auf sogenannte Fallgruppen zugeschnitten, denen die Rehabilitanden entsprechend ihres Erwerbsstatus zugeordnet werden. Die berufsorientierte Funktionsdiagnostik umfasst im motorischen Bereich EFL/SFL und Belastungserprobungen in klinikeigenen berufspädagogischen Werkstätten oder in Kooperationsbetrieben. Bezüglich psychomentaler/-somatischer Fragestellungen kommen Inventare wie AVEM, FABQ, HADS, Beschwerdeliste nach Zersen, VAS, SF 36 zum Einsatz.

Zur berufsorientierten motorischen Therapie entwickelt wurden:

- das Ergonomie-Training an Modellarbeitsplätzen für verschiedene Berufsfelder (MAP),
- das motorisch-ergonomische Training defizitärer Arbeitshaltungen und beruflicher Bewegungsabläufe (MERST),
- die berufsspezifische Ausgleichsgymnastik für verschiedene Berufsbilder (Job fit) und
- in der Berufspraxis anwendbare detonisierende Übungen.

Psychologische Gruppen haben die berufliche Stressbewältigung, die Schmerzverarbeitung und die Vermittlung von Entspannungsstrategien zum Gegenstand. Fakultativ bedarfsorientiert werden Einzelgespräche angeboten. In einer kontrollierten Beobachtungsstudie (in Zusammenarbeit mit Prof. Müller Fahrnow) lassen sich zum Entlassungszeitpunkt für die Interventionsklinik gegenüber der Kontrollklinik Verbesserungen in verschiedenen Bereichen auf

Struktur-/Funktionsebene, Aktivitäten- und Partizipationsebene (teils signifikant) nachweisen:

- die Erhöhung der körperlichen und beruflichen Leistungsfähigkeit ist ausgeprägter,
- VAS-, SF36- und HADS-Skalen weisen deutlich stärkere Verbesserungen auf,
- Widerstand gegen Belastungen und Arbeitsengagement zeigen sich deutlicher gebessert, bspw. konvertieren wesentlich mehr AVEM-Problemtypen (A und B) zum Gesundheitstyp (G) als zum Schontyp (S),
- hinsichtlich des Partizipationskriteriums „Arbeitsfähigkeit“ werden tendenziell bessere Ergebnisse erreicht.

Zum Zeitpunkt der Katamnese (6 Monate nach Reha) zeigen sich in dieser kontrollierten Beobachtungsstudie u. a. folgende mittelfristige Ergebnisse:

- Ängstlichkeit und Depressivitätsausprägung nehmen nach signifikanter Reduktion im Behandlungszeitraum über das Anfangsausmaß hinaus in Interventions- wie Kontrollklinik wieder zu.
- Gegenüber Reha-Beginn ist in der Interventionsklinik im Vergleich zur Kontrollklinik
 - der subjektive psychische Gesundheitszustand weniger und insgesamt nur tendenziell gebessert,
 - der subjektive körperliche Gesundheitszustand etwas deutlicher und insgesamt bedeutsam gebessert,
 - die Reduktion der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten wesentlich deutlicher,
 - die Selbsteinschätzung, die Berufstätigkeit fortsetzen zu können bzw. einen Arbeitsplatz zu finden, optimistischer,
 - die Absicht einen LTA-Antrag zu stellen höher, bzw. jene einen EM-Rentantrag zu stellen geringer,
 - die allgemeine Bewertung der Reha-Maßnahme etwas positiver und insgesamt hoch und
 - der Wunsch nach einer erneuten Reha-Maßnahme tendenziell höher.

In einer katamnestischen Telefonbefragung (in Zusammenarbeit mit dem IAD, Prof. Landau) lassen sich 16 Monate (Interventionsklinik) bzw. 12 Monate (Kontrollklinik) nach Reha folgende Trends ableiten:

- die Akzeptanz gegenüber dem MBO-Konzept ist bei Männern, jüngeren Personen, Arbeitern (LVA-Versicherten) und bei jetzt bestehendem Arbeitsverhältnis höher,
- Rehabilitanden mit jetzt bestehendem Arbeitsverhältnis beurteilen sich häufiger als gebessert als Arbeitslose,
- in der Interventionsgruppe werden anschließende ambulante Weiterbehandlung, Medikamenteneinnahme und Arbeitsunfähigkeitszeiten in geringerem Umfang genannt als in der Kontrollgruppe,
- jüngere Versicherte bejahen die Umsetzung erlernten, ergonomischen Arbeitsverhaltens häufiger als ältere,
- nach MBO-Reha äußert das wichtige Kollektiv Beschäftigter, die zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit LTA benötigen, in der Interventionsgruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe

- häufiger eine deutliche Besserung des körperlichen Leistungsvermögens,
- weniger Arbeitsunfähigkeitstage,
- seltener Anträge auf Erwerbsminderungsrente,
- umfangreichere Teilnahme an psychologischen Gruppen und größere Erleichterung hieraus und
- häufiger die Umsetzung ergonomischer Verbesserungsvorschläge am Arbeitsplatz.

Verlauf der Berufsplanung für Patienten mit Erkrankungen der Bewegungsorgane nach berufsorientierter medizinischer Rehabilitation

Roth, S. (1), Ehlebracht-König, I. (1), Bönisch, A. (1), Hirschler, G. (2), Thiel, M. (3), Mau, W.(4)

(1) Reha-Zentrum Bad Eilsen, (2) Berufsförderungswerk Bad Pyrmont, (3) Fachklinik Friedrichshöhe und Brunswiek Klinik, Bad Pyrmont, (4) Institut für Rehabilitationsmedizin Martin-Luther-Universität Halle

Hintergrund

Neben der medizinischen Rehabilitation gehört die berufliche Wiedereingliederung zu den Aufgaben der Rentenversicherungsträger. Zur Beseitigung von Schnittstellenproblemen zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation besteht seit 1998 eine Kooperation der LVA Hannover mit dem Berufsförderungswerk Bad Pyrmont. Ziel des Projektes ist die Gewährleistung einer möglichst zeitnahen Reintegration in den Arbeitsprozess durch Vereinfachung und Verkürzung der Verwaltungsabläufe und Bahnung einer eventuell erforderlichen beruflichen Umorientierung. Die 4tägige BOR-Maßnahme wird integriert bzw. unmittelbar anschließend an die medizinische Rehabilitation durchgeführt, dazu ist die Verlängerung des Aufenthaltes um eine Woche erforderlich.

Methode

In einer retrospektiven Analyse wurden im Januar 2003 insgesamt 427 BOR-Teilnehmer aus 3 beteiligten Kliniken (Reha-Zentrum Bad Eilsen, Brunswiek Klinik Bad Pyrmont und Klinik Friedrichshöhe Bad Pyrmont), die in den Jahren 1999 bis 2001 eine BOR absolviert hatten, schriftlich-postalisch nachbefragt. Der Rücklauf betrug insgesamt 46 %, auswertbar waren hiervon 85 %, insgesamt 154 Fragebögen.

Der an die BOR-Teilnehmer versandte Fragebogen gliedert sich in 3 Abschnitte:

- Fragen zur Antragstellung, Art der angebotenen/bewilligten Maßnahme, Zufriedenheit mit der Maßnahme, mögliche Abbruchgründe, Einschätzung der Arbeitssituation.
- Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand anhand des SF 36.
- Angaben zu soziodemographischen und –ökonomischen Daten: Alter, Familienstand, aktuelle Arbeitssituation bei Nachbefragung, Rentenbezug, AU-Zeiten.

Weiterhin wurden aus den vorliegenden ärztlichen Entlassungsbriefen und Stellungnahmen des BFW im Wesentlichen folgende Aspekte erhoben: Schulbildung; abgeschlossene Berufsausbildung, Frage nach bestehenden/ beendeten Arbeitsverhältnissen; AU-Zeiten inner-

halb der letzten 12 Monate vor Reha-Beginn; Sozialmedizinische Einschätzung; medizinische Entlassungsdiagnosen, Motivation und weitergehende Empfehlungen bzgl. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben; Einschätzung des BFW hinsichtlich Arbeitsergebnissen.

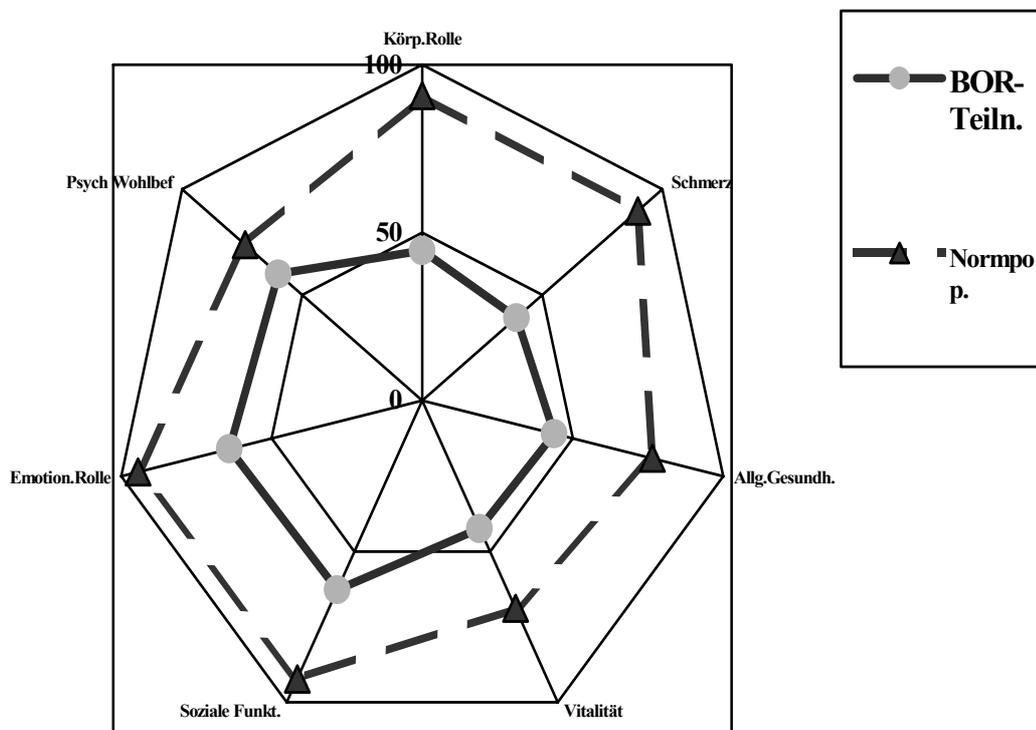
Stichprobenkennwerte

84,3 % der Teilnehmer leiden an degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates, wobei es sich hier überwiegend um degenerative Wirbelsäulenerkrankungen handelt, nur wenige Teilnehmer haben Krankheitsbilder aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis (5,7 %).

87 % der Gesamtstichprobe sind männlich, das mittlere Alter zum Zeitpunkt der Maßnahme betrug $34,4 \pm 6,2$ Jahre.

90,2 % haben eine abgeschlossene Berufsausbildung, zum Zeitpunkt der Rehabilitation standen 61 % in einem Beschäftigungsverhältnis, 39 % waren arbeitslos.

59,5 % waren vor Reha-Beginn länger als 3 Monate arbeitsunfähig. 57 % der Teilnehmer wurden nach Abschluss der Reha-Maßnahme arbeitsunfähig entlassen.



In der Ermittlung des Gesundheitszustandes anhand des SF 36 werden erhebliche Beeinträchtigungen der Teilnehmer in Bezug auf die subjektiv empfundene Gesundheit bzw. gesundheitsbezogene Lebensqualität deutlich, besonders gravierend sind hier die Merkmale Schmerzen, Körperliche Rollenfunktion, Vitalität und Allgemeine Gesundheitswahrnehmung im Vergleich zur „Normpopulation“, (in diesem Fall 31-40jährige Männer).

Ergebnisse:

In Hinblick auf eine berufliche Neuorientierung (Einschätzung durch BFW) war die Mehrzahl (73,6 %) der Teilnehmer motiviert bis sehr motiviert. Deutlich wird der Effekt der BOR-Maßnahme auf die berufliche Zielvorstellung: Ein konkretes Berufsziel hatten vor Beginn der

BOR-Maßnahme 12 %, nach Abschluss hatten sich 36 % für einen Beruf entschieden, für weitere 28 % kamen 2 bis 3 Berufe in die engere Auswahl.

Einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellten 119 der 153 Studienteilnehmer (77,8 %), hiervon wurden 94 % der Anträge bewilligt.

Angeboten wurden (Mehrfachnennungen):

Maßnahme	N
Umschulung	79
Berufsfindungsvorbereitungslehrgänge	36
Berufsfindungsmaßnahmen	32
Eingliederungsmaßnahmen	18
Teilqualifizierung	7
Innerbetriebliche Umsetzung	5
Technische Hilfen	4
Sonstige	8

Diskussion

Anhand der bislang vorliegenden Daten besteht auf Seiten der Teilnehmer eine hohe Motivationslage bezüglich einer beruflichen Reintegration. Besonders deutlich werden hierbei die Effekte der 4tägigen BOR-Maßnahme in Hinblick auf eine Klärung bzw. Konkretisierung des Berufsziels. Auffällig ist, dass zum Zeitpunkt der Befragung erst 35 % der Teilnehmer die entsprechenden Maßnahmen abgeschlossen haben. Eine Aufschlüsselung und Analyse der einzelnen Verfahrenszeiträume ist geplant.

Barrieren bei der Umsetzung berufsorientierter Rehabilitationskonzepte

Josenhans, J. (1), Arlt, A.C. (1), von Bodman, J. (1), Hartmann, B. (2), Weiler, S. (3)

(1) Rheumaklinik Bad Bramstedt, (2) Arbeitsmedizinischer Dienst der Bau-Berufsgenossenschaft Hamburg, (3) Institut für Arbeitsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Hintergrund

Der gesetzliche Auftrag der Rentenversicherungsträger bezüglich der Rehabilitation ihrer Versicherten bezieht sich ausdrücklich darauf, den Auswirkungen von Krankheit und Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und eine dauerhafte Eingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen (SGB VI § 9,1). Spätestens seit der Reha-Krise 1996 fokussieren die Rentenversicherungsträger wie auch die Rehabilitationskliniken stärker auf dieses Ziel. In den Eckpunkten arbeitsplatzbezogener Strategien der BfA wird die berufliche Integration als erfolgsversprechendster Ansatz der Beeinflussung der Auswirkungen von Krankheit und Behinderung gesehen und ein darauf ausgerichtetes Vorgehen empfohlen. Eine weitere Dynamik erhielt das Thema durch die Verabschiedung der

Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13, 2 Nr. 8 und 9 SGB IX im Frühjahr 2004 in der u.a. die Rolle des Betriebsarztes bei der Erkennung von Rehabilitationsbedürftigkeit, in der Einleitung der Rehabilitation und in der Nachsorge gestärkt wird. Trotz vieler Publikationen, Kongresse und Modelle ist die Diskussion über viele Fragen der konkreten Ausgestaltung noch lange nicht abgeschlossen. Soll die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Beruflichen Rehabilitation (z.B. BfW) verstärkt werden, sollen Nachsorgeprojekte z.B. stufenweise Wiedereingliederung) erweitert werden, soll sich lediglich die Philosophie der medizinischen Rehabilitation ändern, soll die Rehabilitation belastungs- und berufsorientiert oder gar berufsgruppen- und arbeitsplatzorientiert stattfinden, soll die Rehabilitation für besonders belastete Berufsgruppen früher bzw. präventiv durchgeführt werden?

In der Praxis erfolgreich: RehaBau

Im Rahmen des Netzwerks Betrieb und Reha entwickelten der Arbeitsmedizinische Dienst der Bau-BG Hamburg (AMD) und die Rheumaklinik Bad Bramstedt ein spezielles Angebot zur stationären Rehabilitation von Bauhandwerkern: RehaBau, und erprobten über drei Jahre Zugang, Durchführung sowie Nachsorge und evaluierten den Ansatz mit Hilfe des Institutes für Arbeitsmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck.

Es wurden drei Zugangswege konzipiert (Zuweisung aus dem Antragsbestand des Kostenträgers, Selektion aus den vorliegenden Anträgen in der Rheumaklinik und Anbahnung der Reha über Betriebsärzte) von denen sich nur der dritte in der Praxis bewährte: Im Rahmen der routinemäßigen Arbeitssicherheitsuntersuchungen wurden vom untersuchenden Betriebsarzt des AMD Beschäftigte zusätzlich nach einer Indikationsliste in Bezug auf einen möglichen Rehabilitationsbedarf beurteilt. Bei Vorliegen eines vermuteten Bedarfs wurde der Untersuchte zur Antragsstellung motiviert und ggf. beim Stellen eines Reha-Antrags für RehaBau unterstützt.

Der Antrag wurde von der zuständigen Landesversicherungsanstalt geprüft und bei positiver Bescheidung an die Rheumaklinik überstellt. Die Rheumaklinik führte die Rehabilitation jeweils in festen Gruppen mit einem festen Team durch, das für die ergonomischen Module durch Fachleute des AMD verstärkt wurde.

In der Zeit von November 2001 bis März 2003 wurden 13 Gruppen mit insgesamt 116 Rehabilitanden zusammengestellt und in der Rheumaklinik rehabilitiert. Die homogenen Gruppen und das integrierte bauspezifische Know-how führten zu einer hohen Akzeptanz der Rehabilitanden. Im Gesamteindruck wurden von den Teilnehmern das Betreuungsteam (8,7 von 10 Punkten) und die Gruppe (9,1 von 10 Punkten) als besonders hilfreich erlebt und das ganze Programm mit 7,8 Punkten bewertet.

Die Evaluation ergab einen stabilen Effekt über ein Jahr für die SF-36-Parameter: Schmerzbeeinträchtigung, allgemeine Gesundheit und Vitalität.

Trotz guter Erfolge und sehr positiver Resonanz der Rehabilitierten wird das Programm zukünftig nur sehr eingeschränkt fortgeführt werden, da bei RehaBau die Barrieren in der praktischen Umsetzung nur zum Teil überwunden werden konnten.

Barrieren in der Umsetzung

Auf verschiedenen Ebenen zeigen sich - z.T. auch strukturelle - Schwierigkeiten in der Durchführung berufsgruppenorientierter rehabilitativer Ansätze. Als interne Barrieren wirken

die Aussagekraft der Anträge für die Zusammenstellung von Gruppen, der Zeitbedarf für die Durchführung und Auswertung tätigkeitsbezogener Assessments, das notwendige arbeitsweltbezogene Wissen von Ärzten und Therapeuten sowie der wirtschaftliche Druck zur Auslastung der Therapiegruppen. Als externe Barrieren wirken die Zuweisungssteuerung der Kostenträger, der Druck zur Verfahrensbeschleunigung durch das SGB IX, die erforderliche Spezialisierung von Kliniken sowie die aufwändige Zusammenarbeit mit Betriebs- und Werksärzten bzw. Arbeitsmedizinischen Diensten.

Überwinden von Barrieren

Mit Unterstützung des Arbeitsmedizinischen Dienstes der Bau-BG Hamburg und in enger Kooperation mit Betriebsärzten und Arbeitsmedizinischen Diensten größerer Hamburger Betriebe wird zur Zeit ein Konzept einer belastungsorientierten Rehabilitation für Menschen mit körperlich schwerer und belastender Arbeit entwickelt. Dabei wird das Prinzip der Berufsgruppenorientierung verlassen.

Die Einbindung der Betriebsärzte nach § 13 SGB IX sollen in einem mit den Kostenträgern abgestimmten Verfahren festgelegt werden. Die ergonomischen Module werden mit Hilfe von Fachleuten im Rahmen einer Förderung (INQA) weiterentwickelt, von der konkreten Tätigkeit (Übungsbaustelle) abgelöst und verallgemeinert. Das Gesamtkonzept wird zur Zeit interdisziplinär erarbeitet.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004): Gemeinsamen Empfehlungen zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller Beteiligten Akteure nach § 13, 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22.3.2004.
- Hartman, B., Hanse, J., Hauck, A., Josenhans, J., Bodman, J., Weh, L. (2003): RehaBau – eine Maßnahme zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit alternder Bauarbeiter, Die BG April 2003, S. 134-140.
- INQA - Initiative Neue Qualität der Arbeit (2004): Homepage und Projektbeschreibung unter www.inqa.de
- Irle, H. (2003): Eckpunkte arbeitsplatzbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, publiziert auf den Internet-Seiten der BfA (www.bfa-berlin.de).
- Josenhans, J., von Bodman, Hanse J., Hartmann, B., Hauck, A., Weiler, S., Arlt, A.C. (2003): RehaBau – Schwierigkeit und Lösungswege bei der Rehabilitation berufshomogener Gruppen, DRV-Schriften Band 40, S. 44-45.
- SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Vorschriften mit erläuternden Gesetzesmaterialien, 2001, Walhalla Verlag.

Ein strukturiertes stationäres Nachsorgekonzept für rheumatische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation - Ergebniswirksamkeit im 1-Jahres-Verlauf

Bönisch, A., Ehlebracht-König, I.

Reha-Zentrum Bad Eilsen der LVA Hannover

Hintergrund

Zur Stabilisierung von Reha-Effekten gibt es in der Rheumatologie bisher nur die Möglichkeit des Funktionstrainings als Nachsorgemaßnahme. Es wurde deshalb ein einwöchiges stationäres Nachsorgekonzept für Patienten mit Chronischer Polyarthritits (CP), Fibromyalgie (FM) und Spondylarthropathien (SPA) entwickelt, das 3-5 Monate nach Reha-Ende als Gruppenprogramm durchgeführt wurde. Das Nachsorgekonzept umfasste Trainingsaspekte, motivationale Anteile, edukative und psychologische Elemente. Die Ergebnisse zur Akzeptanz bei den Teilnehmern wurden berichtet (Bönisch, Ehlebracht-König, 2004; Ehlebracht-König, Bönisch; in Druck).

Methode

In einer kontrollierten, randomisierten, prospektiven Studie wurde die Ergebniswirksamkeit untersucht. Die Nachsorgegruppe (NA) erhielt 3 Wochen Rehabilitation und nach 3-5 Monaten eine Woche stationäre Nachsorge, die Kontrollgruppe eine 4-wöchige Rehabilitationsmaßnahme (KG). Berichtet wird die Ergebniswirksamkeit im 1-Jahres-Verlauf. Bei Reha-Beginn (t1), Reha-Ende (t2) sowie nach 3 (t3) und 12 Monaten (t4) wurden folgende Merkmale erfasst: Schmerzintensität, schmerzbedingten Behinderungen im Alltag (PDI), Gesundheitszustand (SF-36), verhaltensnahe Daten (Bewegungsübungen/Sport/Entspannung), Selbstwirksamkeit und Zielerreichung. Wegen unterschiedlicher Ausgangswerte wurden FM- und CP/SPA-Patienten getrennt ausgewertet. Initial wurden 354 Patienten befragt, im Langzeitverlauf liegen nach dem Intention-to-treat-Ansatz komplette Datensätze von 319 Patienten vor (CP/SPA N=234; FMS N=85; Rücklauf: 90,1 %)

Tabelle 1: Stichprobenkennwerte bei Reha-Beginn (t1)

	CP/SPA (N=259)		Fibromyalgie (N=95)	
	Kontrollgruppe	Nachsorge	Kontrollgruppe	Nachsorge
weiblich (N)	36,2% (51)	36,4% (43)	94,0% (47)	88,9% (40)
erwerbstätig (N)	80,9% (114)	75,4% (89)	80,0% (40)	82,2% (37)
Alter (Jahre) ¹	44,7 ± 9,8	43,0 ± 8,9	49,0 ± 7,9	48,3 ± 7,7
Diagnosedauer (Jahre) ¹	5,8 ± 6,5	5,5 ± 5,8	1,9 ± 1,9	1,7 ± 2,6

¹ Mittelwert ± Standardabweichung

Ergebnisse

Für CP/SPA zeigten sich unabhängig von der Intervention im 1-Jahres-Verlauf folgende Effekte: Verringerung der Schmerzbelastung ($p=.000$), Verringerung der schmerzbedingten Behinderung ($p=.004$), Erhöhung der Selbstwirksamkeit ($p=.001$), Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes ($p=.000$) sowie Zunahme der häuslich durchgeführten krankengymnastischen Bewegungsübungen ($p=.000$). Die Effektstärken (SES) liegen zwischen 0,22 und 0,73. Die Gruppen unterschieden sich bis zum Zeitpunkt t3 hinsichtlich der Schmerzbelastung: die KG mit 4 Wochen Reha zeigte eine größere Schmerzreduktion als die Gruppe NA, zum Zeitpunkt t4 nivellierten sich diese Unterschiede wieder.

Hinsichtlich der Ziele wurden von 23 Zielbereichen am häufigsten folgende als sehr wichtig eingeschätzt: „trotz der Erkrankung Kontakte pflegen“ (76,9%), „regelmäßig häusliche Krankengymnastik durchführen“ (71,4 %), „kleine Dinge des Alltags genießen“ (67,7 %), „regelmäßig Sport ausüben“ (64,5 %). Nach 1 Jahr haben vollständig/überwiegend erreicht: „...Kontakte pflegen“ 73,5 %; „häusliche Krankengymnastik“ 41,3 %; „kleine Dinge des Alltags genießen“ 48,4 %; „regelmäßig Sport ausüben“ 54,2 %. Die Ergebnisse fielen für die Gruppe NA auf der deskriptiven Ebene teilweise günstiger aus, es zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Für FM zeigte sich im 1-Jahres-Verlauf Folgendes: Verringerung der Schmerzbelastung, Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes, Erhöhung der häuslich durchgeführten Krankengymnastik-/Entspannungsübungen, Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes. Gruppenunterschiede lagen nicht vor. Hinsichtlich der Zielformulierung wurden am häufigsten Ziele zur Schmerzbewältigung genannt z.B. „mich weniger überfordern“ (77,4 %). Die Zielerreichungen lagen niedriger als bei CP/SPA.

Diskussion

Nach der Rehabilitation konnten auch im Ein-Jahres-Verlauf signifikante Effekte sowohl für die Nachsorge- als auch die Kontrollgruppe gezeigt werden. Möglicherweise sind diese auch nach einem Jahr noch stabilen Effekte auf die um eine Woche verlängerte Reha-Dauer zurückzuführen. Zu den Zeitpunkten t2 und t3 wiesen die Patienten der KG eine geringere Schmerzbelastung auf. Zwischen den Gruppen NA und KG gibt es entgegen der Erwartung zum Zeitpunkt t4 keine Unterschiede in der Wirksamkeit. Folgende Aspekte könnten hierfür verantwortlich sein: Durch die Notwendigkeit einer randomisierten Zuweisung war eine Orientierung an der individuellen Indikation und Motivationslage nicht möglich (v.a. Patienten mit eingangs hoher Schmerzbelastung hätten sich eine Verlängerung des Reha-Aufenthaltes gewünscht). Die Ergebnisse deuten auf den hohen Nutzen einer kontinuierlichen physikalischen Therapie bei Schmerzpatienten hin.

Literatur

Bönisch, A., Ehlebracht-König I., 2004: Ein strukturiertes stationäres Nachsorgekonzept für rheumatische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation – Akzeptanz bei den Teilnehmern. Vortrag auf dem 13. Rehawissenschaftlichen Kolloquium 8.-10.03.2004, DRV-Schriften, 52, 172-173.

Ehlebracht-König, I., Bönisch, A. (in Druck): Stationäre Nachsorge bei rheumatischen Erkrankungen - Konzept, Erprobung und Akzeptanz; Die Rehabilitation.

Kann orthopädische Rehabilitation die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit verbessern?²⁰

Theissing, J. (1), Lepthin, H.J. (1), Raspe, H. (2), Mittag, O. (2)

(1) Fachklinik Aukrug der LVA Schleswig-Holstein, (2) Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck

Hintergrund

Ein zentrales Ziel von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ist die möglichst dauerhafte Sicherung der Erwerbstätigkeit bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters. Die tatsächliche Erwerbstätigkeit wird dabei nicht ausschließlich von medizinischen Faktoren bestimmt, sondern auch von persongebundenen (z. B. subjektive Einschätzung durch den Rehabilitanden, Arbeitszufriedenheit) und Systemfaktoren (Weber, Raspe, 1999). In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob und inwieweit eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation bei orthopädischen Erkrankungen - dem zweithäufigsten Grund für eine Frühberentung in Deutschland (VDR, 2003) - geeignet ist, die subjektive Prognose von Versicherten hinsichtlich ihrer weiteren Erwerbstätigkeit positiv zu verändern und somit ein wichtiges Rehabilitationsziel zu erreichen. Es werden Zusammenhänge zwischen Veränderungen in weiteren Outcome-Kriterien und der initialen subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit untersucht. Potentielle, für die Entwicklung der subjektiven Erwerbsprognose geeignete Prädiktorvariablen sollen identifiziert werden. Zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit wird eine kurze, vierstufige Skala (SPE-Skala) eingesetzt (Mittag, Raspe, 2003; Mittag et al., 2003).

Methoden

Die Stichprobe setzt sich zusammen aus 180 konsekutiven Patienten in orthopädischer Rehabilitation. Messzeitpunkte waren zwei Wochen vor der Reha-Maßnahme (postalische Befragung; t1) sowie zum Ende der Maßnahme (t2). Zur Datenanalyse wurden Chi²-Tests für kategoriale Daten, t-Tests oder Varianzanalysen (wo nötig mit Messwiederholung) für intervallskalierte Variablen berechnet. Zur Ermittlung möglicher Prädiktoren der Entwicklung der subjektiven Erwerbsprognose wurde eine logistische Regressionsanalyse berechnet.

Ergebnisse

Für alle die allgemeine Gesundheit, Funktions- und Leistungsfähigkeit beschreibenden Maße zeigte sich im Reha-Verlauf eine deutliche Verbesserung mit teilweise hohen Intragruppen-Effektstärken (= prä-post). Auch die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Gesamtscore) besserte sich statistisch signifikant ($t(179) = 5,00$; $p < .001$). Eine Verbesserung der Prognose war dabei vor allem bei Patienten zu beobachten, die sich noch nicht mit der Absicht einer vorzeitigen Rentenantragstellung trugen; Patienten mit einer sehr hohen subjektiven Gefährdung der Erwerbsfähigkeit zeigten dagegen deutlich seltener positive Veränderungen. Der gleiche Trend gilt für die Veränderung anderer Outcomekriterien. Funktionskapazität, Depressivität und dysfunktionale Kognitionen verbesserten sich im Verlauf

²⁰ Aus dem Projekt: "Veränderung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit im Verlauf der stationären medizinischen Rehabilitation." (Förderer: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein e. V. - *vffr*, FKZ: 55).

der Reha-Maßnahme tendenziell stärker bei Patienten mit niedrigeren (initialen) Gefährdungswerten auf der SPE-Skala. Weiterhin besteht eine parallele Entwicklung von subjektiver Erwerbsprognose, Depressivität und Katastrophisieren im Reha-Verlauf. Depressivität ($F(1, 168) = 6,99; p = .009$) und Katastrophisieren ($F(1, 173) = 11,15; p = .001$) verringerten sich insbesondere in der Patientengruppe, die im Reha-Verlauf eine Verbesserung der subjektiven Erwerbsprognose aufwies. Schließlich zeigen unsere Daten, dass der einzige statistisch bedeutsame Prädiktor bzgl. der Veränderung der subjektiven Erwerbsprognose im Reha-Verlauf eine bereits zuerkannte oder beantragte Schwerbehinderung (GdB) ist ($\chi^2 = 4,89; df = 1; p = .027$).

Diskussion und Ausblick

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit, die hier mittels einer einfachen, nur aus drei Items bestehenden Skala (SPE-Skala) gemessen wurde, im Reha-Verlauf zumindest bei bestimmten Patientengruppen günstig beeinflusst werden konnte. Bei niedrigen initialen SPE-Skalenausprägungen sind generell stärkere Verbesserungen im Bereich der Funktionskapazität, depressiver Strukturen und gesundheitsbezogener katastrophisierender Kognitionen eingetreten als bei einer hohen subjektiven Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. Dieses spricht aus unserer Sicht dafür, sich dieser Patientengruppe in der Rehabilitation besonders anzunehmen und zu prüfen, ob der Erfolg der Reha-Maßnahme durch gezielte Interventionen (z. B. sozialmedizinische Beratung, psychologische Interventionen) verbessert werden kann. Im Rahmen einer Anschlussstudie prüfen wir derzeit, ob bzw. bei welchen Patienten die erzielten Erfolge über einen Zeitraum von einem Jahr stabil bleiben und welchen Einfluss dieses auf die Erwerbstätigkeit im Sinne der konkreten Teilhabe am Erwerbsleben hat.

Literatur

- Mittag, O., Glaser-Möller, N., Ekkernkamp, M., Matthis, C., Héon-Clin, 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.
- Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4.279 Mitgliedern der Gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Die Rehabilitation*, 42, 169-174.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2003): VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 2002. Band 145. Frankfurt am Main.
- Weber, A., Raspe, H. (1999): Gelingt die Reintegration in das Erwerbsleben nach Langzeitarbeitsunfähigkeit? *Deutsche Rentenversicherung*, 4, 219-234.

Kraft oder Sensomotorik in der Rehabilitation nach lumbaler Nukleotomie - eine randomisierte kontrollierte klinische Studie

Bak, P. (1), Müller, W.D. (2), Liebing, T. (2), Smolenski, U.C. (1)

(1) Universitätsklinikum Jena, Institut für Physiotherapie, (2) m & i Klinikgruppe, Fachklinik
Bad Liebenstein

Hintergrund

Die lumbale Nucleotomie (LN) ist eine Therapie der Wahl bei radiculären Schmerzsyndromen verursacht durch einen Bandscheibenprolaps. Es gibt keine Evidenz für die Vorteile einer bestimmten Strategie bei der Rehabilitation der Patienten nach LN (Ostelo et al., 2003). Es wurde zwar über Erfolge nach der Kräftigungstherapie zur lumbalen Stabilisierung berichtet (Danielsen et al., 2000) gleichzeitig wird jedoch auf die Bedeutung der Koordination für die segmentale Stabilität hingewiesen (Kavcic et al., 2004). Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit von zwei Behandlungsstrategien, wovon eine überwiegend auf Kräftigung der Rumpfmuskulatur, die andere auf Koordinationstraining basierte, bei der Rehabilitation von Patienten nach LN zu evaluieren.

Methodik

Es wurde eine prospektive, randomisierte, kontrollierte klinische Studie durchgeführt. 72 konsekutive Patienten im Alter von durchschnittlich 47,3 (SD: 13,4) Jahren, die nach einer erstmaligen, monosegmentalen LN in eine stationäre Rehabilitationsklinik eingewiesen wurden, haben freiwillig an der Studie teilgenommen. Sie wurden einer Therapiegruppe mit überwiegend Kräftigungskomponenten (I) oder mit einer mit überwiegend koordinativen Elementen (II) randomisiert zugewiesen. Neben der täglichen aktiven Therapie absolvierten alle Patienten ein standardisiertes multidisziplinäres Programm mit Entspannungstechniken, psychologischen Interventionen, Gesundheitsschulung, Ernährungsberatung, passiver Physiotherapie, Hilfsmittelversorgung usw. Allen Patienten wurden bei der Aufnahme in die Klinik (T1) und bei der Entlassung (T2) SF-36, FFbH und EQ-5D als selbstadministrierte Fragebögen vorgelegt. 59 Patienten (81,9 %) wurden 6 Monate nach der Entlassung (T3) postalisch mit demselben Instrumentenset nachbefragt. Es wurden sowohl longitudinale Effekte als auch Gruppenunterschiede zu jedem Befragungszeitpunkt statistisch untersucht.

Ergebnisse

Mit Ausnahme von GH für die Gruppe II sowie GH und RE in der Gruppe I waren alle Subskalen von SF-36 wie auch beide Summenscores (PCS und MCS) von T1 zu T2 statistisch signifikant verbessert. In der Gruppe II wurden zusätzlich signifikante Veränderungen von RP und PCS zwischen T2 und T3 beobachtet. Der alters- und geschlechtsadjustierte Populationsdurchschnitt wurde in beiden Gruppen für alle Skalen erreicht (innerhalb 95 % CI). Es wurden zu keinem Zeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt. EQ-5D zeigte, sowohl als VAS als auch als TTO-Index nur tendenzielle Verbesserungen der Lebensqualität. FFbH zeigte signifikante Verbesserungen in beiden Gruppen zwischen T1 und T2, in der Gruppe II zusätzlich zwischen T2 und T3. Es zeigte sich ferner eine signifikante Differenz zu Gunsten der Gruppe II zum Zeitpunkt T3.

Diskussion

Beide Therapiekonzepte, eingebettet in ein multidisziplinäres Rehabilitationsprogramm zeigen positive Effekte bei Patienten nach LN. Mit einem spezifischen Instrument können die Effekte des Koordinationstraining als nachhaltiger beurteilt werden. Möglicherweise ist die Änderungssensitivität der generischen Instrumente limitierend. Die positiven Effekte einer aktiven, multidisziplinären Therapie bei Patienten nach LN stimmen mit den Ergebnissen in der Literatur überein, die Aussagen zu besserer Wirksamkeit der Koordinationstherapie kann bei der untersuchten Stichprobengröße nicht generalisiert werden.

Schlussfolgerungen

Beide untersuchten Behandlungskonzepte sind wirksam in der Rehabilitation von Patienten nach LN. Sie sollen sinnvoll kombiniert und in ein multidisziplinäres Programm eingebettet werden. Die Studie wird fortgesetzt, um suffiziente Stichprobengröße zu erreichen.

Literatur

- Danielsen, J.M., Johnsen, R., Kibsgaard, S.K., Hellevik, E. (2000): Early aggressive exercise for postoperative rehabilitation after discectomy. *Spine* 25, 1015-1020.
- Kavcic, N., Grenier, S., McGill, S.M. (2004): Determining the stabilizing role of individual torso muscles during rehabilitation exercises. *Spine* 29, 1254-1265.
- Ostelo, R.W., de Vet, H.C., Waddell, G., Kerckhoffs, M.R., Leffers, P., van Tulder, M. (2003): Rehabilitation following first-time lumbar disc surgery: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration. *Spine* 28, 209-218.

Fünf-Jahres-Verlauf der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität im SF-36 nach ambulanter orthopädischer Rehabilitation

Beck, L. (1), Busche, T. (2), Mau, W. (1)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, (2) Gesundheitszentrum Hannover

Einleitung

In Untersuchungen zu den Ergebnissen medizinischer Rehabilitation zeigt sich bei den zum Rehabilitationsende erreichten Verbesserungen anschließend oft ein Nachlassen der Effekte (Gerdes et al., 2000; Bührlen und Jäckel, 2002). Solche Verläufe beziehen sich jedoch i. d. R. auf mittelfristige Beobachtungsperioden von maximal 12 Monaten. In der vorliegenden Analyse erfolgt deshalb eine Verlaufsbeobachtung nach ambulanter Rehabilitation (AR) bei orthopädischer Indikation im Eingruppen-Prä-Post-Design sowohl über den kurzen Beobachtungszeitraum von sechs Monaten wie auch über den deutlich längeren Zeitraum von durchschnittlich fünf Jahren. Als möglichst umfassendes Outcome der Rehabilitation wird die Gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen mit den acht Skalen des SF-36 (Bullinger und Kirchberger, 1998) gewählt, der als multidimensionales Instrument etabliert ist.

Probanden und Methoden

1.082 Rehabilitanden mit orthopädischer Indikation, die 1997-1999 an der wissenschaftlichen Begleitevaluation eines Modellprojekts zur Ambulanten Rehabilitation im Gesundheits-

zentrum Hannover zu deren Beginn teilgenommen hatten (Merkesdal et al., 1999), wurden nach sechs Monaten und nach im Mittel fünf Jahren postalisch erneut befragt. Von diesen Personen liegen für 572 Teilnehmer (53 %) Daten zu allen drei Erhebungszeitpunkten inkl. dem SF-36 vor, die dieser Untersuchung zu Grunde liegen.

Analysiert wurde der Langzeitverlauf im SF-36 im Hinblick auf Mittelwertsunterschiede in den acht Einzelskalen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten. Zusätzlich wurden die Effektstärken berechnet. Als alternative Auswertung wurden jeweils die Anteile an Personen mit auffälligen Werten untersucht. Als auffällig zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten wurden dabei die Rehabilitanden definiert, deren Werte mehr als eine Standardabweichung unterhalb der alters- und geschlechtsspezifischen Norm (Bullinger und Kirchberger, 1998) lagen. Als statistische Verfahren kamen T-Tests für abhängige Stichproben sowie der McNemar-Test für binäre Zielgrößen zum Einsatz. Die Effektstärken wurden nach Kazis (1989) über die Differenz der Mittelwerte und die Standardabweichung zu Rehabilitationsbeginn berechnet.

Ergebnisse

Auf allen acht SF-Skalen zeigten sich nach sechs Monaten im Mittelwert-Vergleich zum Rehabilitationsbeginn signifikante Verbesserungen ($p < 0.01$). Die deutlichsten Effektstärken (ES) fanden sich zu diesem Zeitpunkt auf den Skalen Körperliche Rollenfunktion (ES=0.68) und Schmerz (ES=0.84), für die übrigen Skalen bewegten sie sich zwischen 0.15 und 0.31. Der Anteil an Rehabilitanden mit auffälligen Werten verringerte sich pro Skala um bis zu 23 %. Besonders hervorzuheben sind auch hier die Bereiche Schmerz und Körperliche Rollenfunktion. Jedoch war bei dieser Betrachtungsweise die Veränderung auf der Skala der Allgemeinen Gesundheitswahrnehmung nicht signifikant ($p = 0.07$).

Fünf Jahre nach der AR ergaben sich im Mittelwert-Vergleich immer noch für sechs der acht Skalen signifikante Verbesserungen ($p < 0.01$). Die Ausnahmen bildeten erneut die Allgemeine Gesundheitswahrnehmung ($p = 0.35$) sowie außerdem die Soziale Funktionsfähigkeit ($p = 0.27$). Auch hier fanden sich die größten Effekte gegenüber dem Rehabilitationsbeginn im Bereich Schmerz (ES=0.88) und Körperliche Rollenfunktion (ES=0.59), alle anderen Effekte lagen bei ≤ 0.26 . Der Anteil an Rehabilitanden mit auffälligen Werten blieb ebenfalls bei sechs Skalen signifikant unterhalb der Zahlen zu Rehabilitationsbeginn ($p < 0.01$). Ausgenommen waren auch hier die Allgemeine Gesundheitswahrnehmung ($p = 0.04$) sowie die Soziale Funktionsfähigkeit ($p = 0.59$). Besonders deutlich waren die Verbesserungen wiederum bei Schmerz und Körperlicher Rollenfunktion sowie außerdem bei der Körperlichen Funktionsfähigkeit.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Bei Betrachtung mittels verschiedener Auswertungsstrategien sind die sechs Monate nach einer ambulanten orthopädischen Rehabilitation erreichten Verbesserungen im SF-36 auch fünf Jahre später als relativ stabil zu bewerten. Dabei lässt die Stabilität der Verbesserungen über einen sehr langen Zeitraum bei chronischen Erkrankungen (mittlere Krankheitsdauer von 9.5 Jahren schon zu Beginn der Rehabilitation) die alleinige Erklärung über eine Regression zur Mitte, die grundsätzlich bei Eingruppen-Prä-Post-Designs nicht auszuschließen ist, zumindest fraglich erscheinen. Besonders ausgeprägt sind die dargestellten Verbesserungen zu beiden Zeitpunkten in den Bereichen Schmerz und Körperliche Rollenfunktion.

Dies stimmt gut mit anderen Befunden überein: So fanden Hüppe und Raspe (2003) in einer systematischen Literaturübersicht zur Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen die deutlichsten kurz- und längerfristigen Veränderungen bei der Schmerzintensität. Eine Ausnahme bilden dagegen die Bereiche der Allgemeinen Gesundheitswahrnehmung und der Sozialen Funktionsfähigkeit, für die sich langfristig keine bedeutsamen Veränderungen zeigten. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass mit diesen Skalen Bereiche angesprochen werden, die in der orthopädischen Rehabilitation eher selten fokussierte Ziele darstellen (Merkesdal et al., 1999). Möglicherweise werden sie auch deshalb nicht ausreichend in das Rehabilitationskonzept einbezogen, so dass hier Klärungs- und ggf. Interventionsbedarf besteht.

Literatur

- Bühren, B., Jäckel, W.H. (2002): Teilstationäre orthopädische Rehabilitation: Therapeutische Leistungen, Behandlungsergebnis und Kosten im Vergleich zur stationären Rehabilitation. *Die Rehabilitation*; 41: 148-159.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Hogrefe: Göttingen.
- Gerdes, N., Weidemann, H., Jäckel, W.H. (Hrsg.) (2000): Die PROTOS-Studie. Darmstadt: Steinkopff.
- Hüppe, A., Raspe, H. (2003): Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Eine systematische Literaturübersicht 1980-2001. *Die Rehabilitation*, 42: 143-154.
- Kazis, L.E., Anderson, J.J., Meenan, R.F. (1989): Effect sizes for interpreting changes in health status. *Medical Care*; 27 Suppl: 178-189.
- Merkesdal, S., Bernitt, K., Busche, T., Bauer, J., Mau, W. (1999): Zielorientierte Ergebnismessung bei stationärer oder teilstationärer orthopädisch-rheumatologischer Rehabilitation von Personen mit Dorsopathien. *Die Rehabilitation* 1999; 38 (Suppl. 1): 37-43.

Outcome dreier ambulanter Therapieformen zur Behandlung chronischer Rückenschmerzen - Ergebnisse der multizentrischen START-Studie

Gülich, M. (1), Kainz, B. (1), Jäckel, W.H. (1,2)

(1) Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, (2) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Hintergrund

In den letzten Jahren wurden eine Vielzahl von Therapieformen zur Behandlung von Rückenschmerzen in mittlerweile über 300 kontrollierten randomisierten Studien publiziert. Systematische Reviews der Cochrane Library zu Veröffentlichungen über einzelne Therapieformen zeigen, dass bei der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen Trainings-therapie, verhaltenstherapeutische Maßnahmen und Schulungsmaßnahmen meist im Rahmen von multidisziplinären Behandlungsprogrammen positive Effekte aufweisen. (Van Tulder, 2000; 2001; Bekkering, 2003). Diese Maßnahmen können ausnahmslos auch ambulant erbracht werden. Die AOK Baden-Württemberg führte bis Ende 2003 ein Modellprojekt zur ambulanten Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (START) durch.

Zur Behandlung der Patienten standen drei Angebote in sieben verschiedenen, infrastrukturell vergleichbaren Modellregionen zur Verfügung: die Ambulante Rehabilitation (AR), die Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) und die Medizinische Trainingstherapie (MTT). Welches Angebot der jeweilige Patient erhielt, hing allein von seinem Wohnort ab, da in jeder Modellregion nur eine Therapieform zur Verfügung stand. Durch diese Form der Zuteilung der Patienten („Clusterrandomisierung“) sollte die Vergleichbarkeit der Patientengruppen sichergestellt werden. Mit der Studie sollte geprüft werden, ob - und falls ja, in welchem Ausmaß - die Patienten von unterschiedlichen ambulanten Therapiemöglichkeiten profitieren und wie sich Wirksamkeit und mittelfristige Kosten unterscheiden.

Methodik

Der Gesundheitszustand der Patienten vor der Therapie (Zeitpunkt t_1), nach der Therapie (Zeitpunkt t_2) und nach Ablauf von sechs Monaten (Zeitpunkt t_3) wurde mittels des indikationsübergreifenden Selbstbeurteilungsfragebogen „Indikatoren des Reha-Status“ (IRES) erfasst. Daneben wurden auch krankheitsspezifische Instrumente bei den Patienten (FFbH-R) und den behandelnden Ärzten und Therapeuten (Befundbögen) eingesetzt. Die Akzeptanz der einzelnen Maßnahmen aus Sicht der Patienten wurden mit einem Patientenzufriedenheitsbogen erhoben.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1274 Patienten in die Studie einbezogen. Für 872 Patienten (68,4 %) liegen vollständige Datensätze zu allen drei Messzeitpunkten vor. Die Gesamtdauer der Therapie war in der MTT mit etwa 15 Wochen deutlich länger als in der AR und in der EAP (etwa 5 bzw. 8 Wochen). Im Unterschied zur AR und z.T. auch zur EAP wurde die Therapie bei der MTT in der Regel berufsbegleitend durchgeführt. Ein sofortiger Therapiebeginn innerhalb von einer Woche war in der MTT mit 59 % wesentlich häufiger möglich als in der AR (10 %) und in der EAP (23 %). Die Patienten, die in den drei Angebotstypen behandelt wurden, wiesen gravierende Einschränkungen in der körperlichen Dimension des Gesundheitszustandes und in der Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf auf und berichteten häufig zusätzlich über erhebliche psychosoziale Belastungen, die deutlich über den Belastungen einer geschlechts- und altersadaptierten Normstichprobe lagen. Alle drei Interventionen führten zu einer relevanten und signifikanten Abnahme der Schmerzintensität (SRM t_0 - t_1 = 0,53-0,83; SRM t_0 - t_2 = 0,61-0,69; Zeit: $F=173,58$ $p < 0,001$; Angebotstyp: $F=1,091$ $P=0,336$; Angebotstyp*Zeit: $F=2,265$ $p=0,060$) und einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Gesamtscore SRM t_0 - t_1 = 0,72-0,82; SRM t_0 - t_2 = 0,53-0,63; Zeit: $F=224,18$ $p < 0,001$; Angebotstyp: $F=1,201$ $P=0,301$; Angebotstyp*Zeit: $F=0,707$ $p=0,587$). Hinsichtlich der Krankheitsbewältigung zu t_0 - t_2 sind für die ambulante Rehabilitation höhere Effekte nachweisbar als in der EAP und MTT (SRM 0,47 versus 0,23 bzw. 0,26). Zwischen den einzelnen Angebotstypen wurden im weiteren keine substantiellen Unterschiede in den Effekten nachgewiesen. Umfangreiche uni- und multivariate Analysen lieferten keine Hinweise, die eine Vergleichbarkeit der Patientengruppen in den verschiedenen Angebotstypen in Frage stellen. Alternativberechnungen mittels verschiedener Adjustierungs- und Missingimputationsverfahren bekräftigen die Belastbarkeit der Aussagen.

Schlussfolgerungen

Bei der Bewertung der Ergebnisse müssen einige methodische Einschränkungen - insbesondere durch die fehlende individuelle Randomisierung - berücksichtigt werden. Trotzdem lassen sich unseres Erachtens aus den Studienergebnissen folgende Schlussfolgerungen ableiten: Die MTT ist bei Patienten mit Rückenschmerzen ein sinnvolles Therapiekonzept, das sich durch einen raschen Beginn und - im Vergleich zu den anderen untersuchten Angeboten - niedrigere Therapiekosten auszeichnet. Sie könnte einen sinnvollen Therapiebaustein auch in neuen Versorgungsformen wie der integrierten Versorgung darstellen. Patienten mit gravierenden psychosozialen Belastungen sollten einer interdisziplinären Therapie zugewiesen werden, wie sie von ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen angeboten wird. Für eine effektive differentielle Zuweisung zu den verschiedenen Angeboten erscheint die Durchführung eines standardisierten Reha-Assessments erfolgversprechend.

Literatur

- Bekkering, G.E., Hendriks, H.J.M., Koes, B.W., Oostendorp, R.A.B., Thomassen, J.M.C., Tulder, van M.W. (2003): Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain. In: Physiotherapy February 2002. vol 89. Nr.2., 82-96.
- Tulder, van M.W., Goossens, M., Wadell, G., Nachemson, A. (2000): Conservative Treatment of Chronic Low Back Pain. In: Nachemson, A.L., Jonsson, E. (Hg.) Neck and Back Pain. The Scientific Evidence of Causes, Diagnosis, and Treatment. 271-304.
- Tulder, van M.W. (2001): Die Behandlung von Rückenschmerzen. Mythen und Fakten. In: Der Schmerz 6, 15., 499-503.

Die Problematik der Teilbelastungsüberschreitung in der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation – Ursachen und Abhilfemöglichkeiten

Jölllenbeck, T., Schönle, C.

Orthopädische Rehabilitationsklinik Lindenplatz, Institut für Biomechanik, Bad Sassendorf

Die Einhaltung einer vorgegebenen Teilbelastung stellt ein wesentliches Sicherheits- und Erfolgskriterium für den Genesungsprozess in der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation dar. Eigene seit 2001 durchgeführte Untersuchungen (Jölllenbeck, Bauer, 2002, Jölllenbeck, Schönle, 2003) haben bei fast allen Patienten eine deutliche Überschreitung der unmittelbar zuvor eingestellten Teilbelastung gezeigt. Dies wurde inzwischen auch von anderen Autoren bestätigt (Hinrichs et al., 2003). Die vorliegende Untersuchung verfolgt das Ziel, Ursachen der Fehlbelastungen aufzudecken und Anhaltspunkte für eine genauere Einstellung und Einhaltung der Teilbelastung zu gewinnen.

Bisher wurden rd. 250 Patienten mit Teilbelastung untersucht. Nach therapeutischer Einstellung, Überprüfung und Gewöhnung an die Teilbelastung und den Gang mit Gehstützen wurden die Patienten einer dynamometrischen Ganganalyse unterzogen. Hierzu wurden eine Gangbahn mit zwei Kraftmessplatten sowie Gehstützen mit integrierten Kraftaufnehmern eingesetzt. Nach einer Gewichtsmessung wurden die Patienten gebeten, je nach Vermögen bis zu 10-mal über die Gangbahn zu gehen.

Die Teilbelastung wird im Mittel um 135 % überschritten. Die Kraffteinleitung über die Gehstützen ist erheblich zu gering und 70 ms zu spät, der Abdruck erfolgt hingegen 60 ms zu früh. Die Überlastung steigt hochsignifikant mit beiden Zeitparametern sowie mit Alter und Gewicht der Patienten. Die Ursachen sind in motorisch-koordinativen Defiziten sowie zu geringen Kräften im Oberkörper begründet. Der zu späte Gehstützenaufsatz ebenso wie der zu frühe Abdruck sind bereits lang genug, um die Beinbelastung erheblich über die vorgegebene Teilbelastung steigen zu lassen, andererseits jedoch viel zu kurz, um vom Auge des Therapeuten als unterschiedliche Zeitpunkte wahrgenommen zu werden. Versuche mit verlängerten Gehstützen ohne motorische Korrektur haben nur kurzzeitige Verbesserungen des Timings erbracht. Eine zeitliche Korrektur des Gehstützeneinsatzes kann die Teilbelastung um 30 % reduzieren. Eine weitere Reduktion der Teilbelastung scheitert an mangelnden Krafftfähigkeiten der Oberarm-Schulter-Rumpf-Muskulatur. Der erforderliche Kraftzuwachs ist während der Phase der Rehabilitation aus trainingswissenschaftlicher Sicht nicht zu realisieren. Wegen der nicht zu beseitigenden Kraftdefizite bleiben auch scheinbar begrüßenswerte Maßnahmen wie Feedback-Systeme z.B. über Druckmesssohlen im Ergebnis wenig erfolgversprechend. So haben tonbasierte Feedbacksystemen in eigenen Studien wegen der dauernden Überlastung zur massiven Ablehnung durch die Patienten geführt.

Als Konsequenz der Ergebnisse sind sowohl Notwendigkeit, Maß und Handhabung der Teilbelastung zu diskutieren als auch rechtzeitige präoperative Maßnahmen zu ergreifen, die eine Einhaltung der Teilbelastung ermöglichen. Hier scheint eine therapeutisch angeleitete Gangschule mit Gehstützen ebenso wie ein rechtzeitig begonnenes Krafttraining der betroffenen Oberarm-Schulter-Rumpf-Muskulatur Mittel der Wahl zu sein.

Literatur

- Hinrichs, T., Rehberger, T., Bodenbug, R., Scheiderer, W., 2003: Belastungsmessungen mittels Druckmessplatte bei Hüft- und Knieendoprothesen in der postoperativen Teilbelastungsphase – Differenz zwischen Vorgabe und Wirklichkeit. In: Orthopädische Praxis 39, 11, S. 675-678.
- Jöllenbeck, T., Bauer, S., 2002: Einsatz der Pedobarographie zur Kontrolle und Korrektur einer vorgegebenen Teilbelastung in der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation. In: Krug, J., Müller, T. (Hrsg.): Sport und Wissenschaft, 9, S. 54-58.
- Jöllenbeck, T., Schönle, C., 2003: Belastungszyklen und Überlastungsphasen beim Gehen mit Gehstützen. In: Zeitschrift für Orthopädie, 141, 5.
- Jöllenbeck, T., Schönle, C., 2003: Der Einfluss der Gehstützen auf die Einhaltung einer vorgegebenen Teilbelastung in der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation. In: Brüggemann, Morey-Klapsing (Red.): Biologische Systeme – Mechanische Eigenschaften und ihre Adaptation bei körperlicher Belastung. Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft; 135, S. 74-77.

Differentielle Therapieeffekte bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen – Vergleichende Evaluation einer herkömmlichen und einer medizinisch-beruflich orientierten (MBO-) orthopädischen Rehabilitation

Möllmann, C., Dohnke, B., Müller-Fahrnow, W.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Annahmen

Basierend auf der Annahme, dass der Schmerzchronifizierungsgrad sowohl den Prozess als auch die Ergebnisse einer Rehabilitation beeinflusst, dient das Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung (MPSS) als ein Screening-Instrument zur (weiteren) Therapieplanung und zur Vorhersage von Therapieergebnissen (Gerbershagen et al., 2001). Die Befundlage zu differentiellen Therapieeffekten - im Sinne signifikanter Moderatoreffekte des Chronifizierungsstadiums - ist jedoch heterogen (differentielle Effekte: z.B. Wurmthaler et al., 1996; keine differentiellen Effekte: z.B. Pflingsten et al., 2000). Im Gegensatz zur herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation berücksichtigt die medizinisch-beruflich orientierte (MBO-) Rehabilitation bereits in der Diagnostik und darauf basierend auch in der Therapie zusätzlich zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die damit assoziierten beruflichen Problemlagen. Vor diesem Hintergrund erfolgt in der vorliegenden Studie die vergleichende Überprüfung der Rehabilitationsergebnisse für die drei Schmerzchronifizierungsstadien unter zusätzlicher Berücksichtigung unterschiedlicher Rehabilitationskonzepte (MBO- vs. herkömmliche orthopädische Rehabilitation). Insbesondere geht es um die Beantwortung der Fragen:

- Profitieren Patienten in einem höheren Schmerzchronifizierungsstadium weniger von einer Rehabilitationsmaßnahme als Patienten in einem geringeren Chronifizierungsstadium?
- Sind die Rehabilitationsergebnisse vom Chronifizierungsgrad und der Art der Behandlung abhängig, so dass die Patienten einer MBO-Rehabilitation vielleicht unabhängig vom Chronifizierungsstadium profitieren, während von einer herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation eher Patienten in einem geringeren Chronifizierungsstadium profitieren?

Methodik und Studiendesign

Die Daten wurden im Rahmen einer kontrollierten Längsschnittstudie zur Evaluation der MBO-Rehabilitation in zwei Kliniken (MBO: Bavaria-Klinik Freyung und herkömmliche orthopädische Rehabilitation: Bavaria-Klinik Bad Kissingen) erhoben. Zur Untersuchung der o.g. Fragestellung erfolgte die ausschließliche Berücksichtigung von Rückenschmerzpatienten (erste Einweisungsdiagnose: M40-M54). Insgesamt liegt für 67.8 % dieser Patienten eine Chronifizierungsangabe vor, wobei 19.6 % (n=174) auf das Stadium I, 43.8 % (n=388) auf das Stadium II und 36.6 % (n=324) auf das Stadium III entfallen. Das Durchschnittsalter be-

trägt 46.27(+/-9.02) Jahre, der Anteil an Frauen 42 % (n=375). Querschnittliche Merkmalsvergleiche zwischen den drei Chronifizierungsstadien und längsschnittliche Analysen zur Konstatierung der Therapieergebnisse – unter Berücksichtigung der Faktoren Klinik und Chronifizierungsstadium – erfolgten mittels varianzanalytischer Verfahren. Neben psychologischen Variablen (HADS) wurden im Rahmen der Veränderungsmessungen zusätzlich schmerzrelevante Variablen (NRS) und berufsbezogene Merkmale (FBS) betrachtet.

Ergebnisse

Zu Beginn der Rehabilitation unterschieden sich die Patienten der drei Schmerzchronifizierungsstadien signifikant in allen einbezogenen psychologischen Variablen; die Patienten des Stadiums III waren jeweils am stärksten beeinträchtigt. Im Rahmen der Veränderungsmessung wurden parallele Verläufe für die drei Stadien ausgewiesen, wobei sich in der Gesamtstichprobe für die Mehrzahl der getesteten Variablen signifikante Verbesserungen über die Zeit zeigten. Daneben waren für eine der Schmerzvariablen sowie für Fähigkeitseinschränkungen und belastende Arbeitsanforderungen signifikante Wechselwirkungen der Faktoren Zeit, Chronifizierungsstadium und Klinik festzustellen. Hier konnte v.a. gezeigt werden, dass die Patienten des Stadiums III in der MBO-Klinik die stärksten Therapieeffekte aufwiesen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse verdeutlichen zunächst stadienspezifische Unterschiede im psychischen Befinden der Patienten zu Beginn der Rehabilitation. Patienten in einem höheren Chronifizierungsstadium sind nicht nur in schmerzrelevanten, sondern auch in psychologischen Merkmalen stärker beeinträchtigt als Patienten in einem geringeren Chronifizierungsstadium. Differentielle Stadieneffekte bezüglich der Therapieergebnisse wurden innerhalb der vorliegenden Stichprobe nicht ausgewiesen: Die Patienten aller drei Chronifizierungsstadien erfuhren in vergleichbarem Ausmaß Verbesserungen, wenn auch auf unterschiedlichem Beeinträchtigungsniveau. Die MBO-Rehabilitation erzielte gegenüber der herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation z.T. bei berufsbezogenen Merkmalen (berufliche Fähigkeitseinschränkungen und Arbeitsbelastungen) bessere Ergebnisse. Differentielle Klinik- und Stadienunterschiede wurden bezüglich der Reduktion der Schmerzen und z.T. hinsichtlich der Verringerung von arbeitsbezogenen Belastungen deutlich, so dass Patienten eines höheren Stadiums mehr von der MBO profitierten als Patienten eines geringeren Stadiums.

Literatur

- Frettlöh, J., Maier, C., Gockel, H., Hüppe, M. (2003): Validität des Mainzer Stadienmodells der Schmerzchronifizierung bei unterschiedlichen Schmerzdiagnosen. *Schmerz*, 17(4), 240-251.
- Pfingsten, M., Schöps, P. Wille, Th., Terp, L., Hildebrandt, J. (2000): Chronifizierungsausmaß von Schmerzerkrankungen. *Schmerz*, 14(1), 10-17.
- Wurmthaler, C., Gerbershagen, H.U., Dietz, G., Korb, J., Nilges, P., Schillig, S. (1996): Chronifizierung und psychologische Merkmale – Die Beziehung zwischen Chronifizierungsstadien bei Schmerz und psychophysischem Befinden, Behinderung und familiären Merkmalen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4(2), 113-136.

Kontrollwahrnehmung, Krankheitsbewältigung und Wohlbefinden: Welche Ressourcen vermitteln positive Effekte des multimodalen Therapieprogramms "Rückenfit" für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen?

Dibbelt, S., Büschel, C., Greitemann, B.

Institut für Rehabilitationsforschung, Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde

Hintergrund

In zahlreichen Publikationen wird die Bedeutung intrapersoneller Ressourcen wie Handlungsorientierung, Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollwahrnehmung und Strategien der Krankheitsbewältigung für den Reha-Erfolg hervorgehoben (z. B. Schwarzer, 1996, 2000). Der vorliegende Beitrag untersucht anhand von Daten aus einer multizentrischen prospektiven Bewertungsstudie (IopKo) die Bedeutung dieser persönlichen Ressourcen als Mediatoren des Reha-Erfolgs und der Effekte eines multimodalen Therapieprogramms für Patienten mit Rückenschmerzen.

Methodik

Die Daten stammen aus einer multizentrischen Fragebogenstudie mit einem Längsschnitt-Vergleichsgruppendesign, an der insgesamt 482 Patienten und LVA-Versicherte mit Rückenbeschwerden im Rahmen eines stationären orthopädischen Heilverfahrens teilnahmen. 90 Patienten erhielten das multimodale Programm Rückenfit, während als Vergleichsgruppe 60 Patienten herangezogen wurden, die vergleichbare Beschwerden aufwiesen, aber individuelle Therapien erhielten.

Zur Erhebung der zentralen Outcomeparameter (Schmerzen, Funktion, psychisches Befinden) wurde der IRES, Version 2.1; (Gerdes et al., 2000) eingesetzt, den die Studienteilnehmer zu vier Messzeitpunkten ausfüllten: vor Antritt der Reha (t0), am Ende des Reha-Aufenthaltes (t1), drei Monate nach Reha-Aufenthalt (t2) sowie 10 Monate nach Reha-Aufenthalt (t3). Der Fragebogen enthielt zusätzlich die folgenden Instrumente zur Erhebung der Krankheitsbewältigung und der persönlichen Ressourcen: Die Skalen zu Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG; Lohaus, Schmitt, 1989); die Trierer Skalen zur Erfassung der Krankheitsbewältigung, (TSK; Klauer, Philipp, 1993); den Fragebogen zur Handlungskontrolle bei Initiative und Misserfolgsbewältigung; (HAKEMP; Kuhl und Beckmann, 1994) und den Fragebogen zur Erfassung körperlichen Wohlbefindens (FEW; Kolip, Schmidt, 1999). Die Studie ergab überlegene positive Effekte des multimodalen Programms im Hinblick auf den Reha-Status insgesamt, auf die Funktionseinschränkung, auf die psychische Belastung (Depressivität) sowie auch auf die Zahl der Krankheitstage drei und zehn Monate nach Reha-Aufenthalt.

Ergebnisse

Vergleichs- und Studiengruppe unterschieden sich vor Reha-Aufenthalt nicht hinsichtlich der mit den oben genannten Instrumenten gemessenen persönlichen Ressourcen. Für die Katamnese 10 Monate nach Reha-Aufenthalt zeigten sich die folgenden Ergebnisse: Während sich für die Skalen des HAKEMP (Handlungskontrolle) und des KKG keine differentiellen Effekte der Intervention ergaben, zeigten sich solche tendenziell für den TSK bei den Skalen

„Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ und „Bedrohungsabwehr“ (positives Denken, Optimismus). Klare Effekte zeigten sich für die Skalen des Fragebogens zum Wohlbefinden (FEW): Die selbst eingeschätzte Belastbarkeit, Vitalität, innere Ruhe und Genussfähigkeit nahmen in der Interventionsgruppe stärker und nachhaltiger zu als in der Vergleichsgruppe.

Diskussion

Die durch die Skalen des KKG erfassten Aspekte der Krankheitsverarbeitung (Kontrollwahrnehmung) könnten persönlichkeitsbedingt sein, so dass ein nachhaltiger Effekt durch eine dreiwöchige Intervention nicht zu erwarten ist.

Ein sensitives Maß für die Aktivierung allgemein verfügbarer Ressourcen, die für die Krankheitsbewältigung entscheidend sind, scheint dagegen der Fragebogen zum Wohlbefinden zu sein. Wir werten die Ergebnisse als Beleg dafür, dass das multimodale Therapieprogramm Rückenfit mit spezifischen Interventionen zur nachhaltigen Stärkung dieser Ressourcen beiträgt.

Literatur

- Dibbelt, S., Büschel, C., Greitemann, B. (2004): Langfristige Effekte eines multimodalen Therapieprogramms bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium „Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation“. 8. - 10. März 2004 in Düsseldorf. DRV-Schriften, Band 52, 462-464.
- Klauer, T., Philipp, S.H. (1993): Trierer Skalen zur Erfassung der Krankheitsbewältigung (TSK). Testmappe. Göttingen: Hogrefe.
- Kolip, P., Schmidt, B. (1999): Der Fragebogen zur Erfassung körperlichen Wohlbefindens (FEW 16). Konstruktion und erste Validierung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2, 77-87.
- Kuhl, J., Beckmann, J. (Hrsg.) (1994): Volition and Personality. Action versus State Orientation. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Schwarzer, R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens (2. überarb. u. erweit. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Medizinische und/oder berufliche Rehabilitation? Zuweisung und Wahl der „richtigen“ Rehabilitation für Patienten mit chronisch behindernden Rückenschmerzen im internationalen Vergleich

Zimmermann, M.

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

In einem von der DFG geförderten Forschungsvorhaben „Internationaler Vergleich Rehabilitation: „Deutschland, Großbritannien, Schweden und die Schweiz (Raspe, Zimmermann)“ wurde die Rehabilitation in den benannten Ländern auf ihre Unterschiede in der finalen und funktionalen Ausrichtung und der Umsetzung in konkrete institutionelle Gliederungen und Organisationsstrukturen untersucht. Dies geschah durch eine Gegenüberstellung der jeweiligen allgemeinen Konzeption von Rehabilitation und ihrer strukturellen Umsetzung in Leistungsträger, Leistungserbringer sowie Rehabilitationswissenschaft und politische Planung.

Die übergeordnete Zielsetzung bestand in der Frage nach einer grundsätzlichen internationalen Vergleichbarkeit disparater Entwicklungen.

Mittels insgesamt 22 Experteninterviews und Sekundäranalysen in den vier benannten Ländern wurde das rehabilitative Repertoire sowohl für die Bewältigung funktionaler Einschränkungen als auch Problemstellungen der Erwerbsfähigkeit in medizinisch und beruflich orientierten Rehabilitationseinrichtungen ermittelt.

Neben strukturierten Interviewleitfäden wurde eine Fallvignette für die Indikation zur Rehabilitation bei chronisch behindernden Rückenschmerzen eingesetzt.

In allen vier Ländern waren ausgewiesene Maßnahmen der medizinisch und beruflich orientierten Rehabilitation etabliert, die sich jedoch in ihrer konzeptuellen, strukturellen und prozessualen Ausgestaltung deutlich voneinander unterschieden und zwar sowohl innerhalb aber auch zwischen den Ländern. So reicht medizinische Rehabilitation in England von der Anordnung von sechs Physiotherapien bis hin zu einem dreiwöchigen multimodalen Workhardening, wobei deutliche regionale Unterschiede auf der Strukturebene bestehen. Berufliche Maßnahmen waren zum Zeitpunkt der Befragung erst im Aufbau begriffen und nur sehr selektiv als Modellprojekte vorhanden. Demgegenüber stehen in der Schweiz und Deutschland in medizinischer Ausrichtung vorwiegend stationäre multimodale Angebote zur Verfügung, die deutlich, in der Schweiz sogar durch eine strikte Sukzessivität, von beruflichen Maßnahmen separiert sind. Schweden zeigt gegenüber den drei anderen Ländern eine starke Integration von medizinisch und beruflich orientierten Maßnahmen in vorwiegend ambulantem Setting, wobei der Zugang erst nach langen Arbeitsunfähigkeitsperioden (> 6 Monate) möglich ist. So ist eine Trennung in medizinische und berufliche Rehabilitation in Schweden nur in Einzelfällen gegeben. In der Regel versuchen hoch individualisierte Maßnahmen je nach Bedarf des Rehabilitanden sowohl seine physische als auch psychische und soziale Funktionsfähigkeit zu verbessern und damit auch Probleme der beruflichen Situation aufzugreifen. Dabei wird eine Rückkehrtrate von über 50 % bei dieser Problemgruppe langzeitarbeitsunfähiger Rehabilitanden erreicht.

Diese Unterschiede auf struktureller und konzeptioneller Ebene haben Konsequenzen für die Frage des Zugangs zu beiden Rehabilitationstypen. Während in Schweden bei der Erstellung eines jeden Rehabilitationsplans die Notwendigkeit des medizinischen und beruflichen Bedarfs gleichermaßen ermittelt und dann auch berücksichtigt wird, hängt in Deutschland die Frage „medizinisch“ oder „beruflich“ weitgehend von der Antragstellung des betroffenen Versicherten ab, wobei die zeitliche Vorrangigkeit einer medizinischen Reha die Regel ist. In der Schweiz wird der Zugang zur beruflichen Rehabilitation erst möglich, wenn alle medizinischen Maßnahmen und Therapien als ausgeschöpft angesehen werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl Konzepte und Strukturen als auch die Zuweisungen zu entweder medizinisch und/oder beruflich orientierten Maßnahmen in internationaler Zusammenschau eine hohe Disparität aufweisen. Für die Frage einer internationalen Komparatistik von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen werden damit dem Vergleich von Prozessdaten und (amtlicher) Statistiken enge Grenzen gesetzt. Für die Frage einer stärkeren Integration medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen, die in der deutschen Rehabilitationslandschaft bisher nur sporadisch vorhanden ist, lassen sich anhand des schwedischen Modells Hinweise für eine evidente Versorgungsoption finden.

Literatur

- Weber, A., Zimmermann, M. (1999): Berufliche Rehabilitation in Schweden und Deutschland, in: Seyd, W. et al. (Hrsg.), Zukunft der beruflichen Rehabilitation und Integration in das Arbeitsleben, (= DVfR-Reihe: Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation, Band 8), Ulm, 342-6.
- Zimmermann, M., Weber, A. (2000): Struktur- und systembedingte Grenzen und Möglichkeiten der Selbstbestimmung im Prozess der Rehabilitation in Deutschland, Schweden und der Schweiz, in: Blumenthal W. et al. H. (Hrsg.), Selbstbestimmung in der Rehabilitation - Chancen und Grenzen, (= DVfR-Reihe: Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation, Band 9), Ulm.
- Zimmermann, M., Raspe, H. (2002): Konzepte und Strukturen der Rehabilitation chronisch behindernder Rückenschmerzen in Deutschland, Großbritannien, Schweden und der Schweiz, 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband (= DRV-Schriften 33), Frankfurt M., 423-424.

Ergebnisse des „Lübecker Algorithmus“ für chronische schwere Rückenschmerzen aus drei verschiedenen Surveys: Ein Beitrag zur Diskussion der konkurrierenden und Kriteriumsvalidität des Konzepts

Mittag, O., Ekkernkamp, M., Raspe, A., Matthis, C., Héon-Klin, V., Raspe, H.

Institut für Sozialmedizin, Lübeck

Hintergrund

Der „Lübecker Algorithmus“ zur Abschätzung des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation folgt dem „ability to benefit“-Konzept. Er fragt nach dem zielgerichteten Nutzen einer komplexen Rehabilitation bei komplexen Gesundheitsstörungen und beschreibt typische, indikationsorientierte Behandlungsprofile („problem-treatment-pairs“). Bedarf an einer multidisziplinär-multimodalen Reha (ambulant oder stationär) wird dann gesehen, wenn (neben weiteren notwendig zu erfüllenden Bedingungen) die Zahl der aktuell erfolversprechenden Behandlungsansätze oder Berufsgruppen das Maß dessen überschreiten, was von Kranken neben Beruf und Alltag bewältigt bzw. vom Haus- oder Facharzt ambulant koordiniert werden kann.

Ziel

Der Algorithmus wurde ursprünglich entwickelt an einer Bevölkerungsstichprobe von Probanden mit schweren chronischen Rückenschmerzen (A4-Projekt). In zwei Teilprojekten des Nachfolgeprojekts A1 sollten die konkurrierende sowie die Kriteriumsvalidität des Konzepts durch den Vergleich mit dem sozialmedizinischen Urteil bei Reha-Antragstellern (TP 2a) sowie der Erhebung des Algorithmus bei Patienten, die mit der Hauptindikation „unspezifischer Rückenschmerz“ zur stationären medizinischen Rehabilitation kommen (TP 2b) überprüft werden.

Methoden

Das A4-Projekt beinhaltete einen zweistufigen Survey von allen 10.009 erwerbstätigen Versicherten der LVA Schleswig-Holstein aus Lübeck und der unmittelbaren Umgebung im Alter

von 40 bis 54 Jahren. Probanden mit (nach Fragebogen) schweren und behindernden Rückenschmerzen (Kohlmann, Raspe, 1994) wurden zu einer ärztlichen Untersuchung eingeladen. Dimensionen des RS-Syndroms, seiner Risikofaktoren und Folgen wurden operational definiert (z. B. CES-D für Depressivität). Aktuelle Probleme wurden (meist unter Berücksichtigung populationsbezogener Grenzwerte) identifiziert und acht verschiedenen Hauptzugängen (Disziplinen, Programmen) zugewiesen. Reha-Bedarf wurde angenommen, wenn aktuell sechs oder mehr therapeutische Zugänge benötigt werden.

In den beiden Teilprojekten des Nachfolgeprojekts A1 wurden 228 Reha-Antragsteller bei der LVA Schleswig-Holstein postalisch (TP 2a) sowie 217 Patienten aus drei (orthopädischen) Reha-Kliniken (TP 2b) befragt. Die erhobenen Reha-Indikatoren wurden analog zu dem Vorgehen in A4 zu einem Score verrechnet. Für beide Gruppen liegen außerdem die Reha-Bedarfsschätzungen der Prüf- bzw. Klinikärzte vor.

Ergebnisse

Die Tabelle zeigt die nach dem "Lübecker Algorithmus" jeweils benötigten Disziplinen, Programme und Reha-Zugänge sowie die Prävalenzschätzung des Reha-Bedarfs getrennt für die Probanden aus den drei Surveys.

Reha-Zugang / Disziplin	A4-Kohorte	Reha-Antragsteller (TP2a)	Rehabilitanden (TP2b)
Orthopäde	100 %	100 %	100 %
Physiotherapie	100 %	100 %	100 %
Physikalische Therapie	100 %	100 %	100 %
sonstiger Facharzt	28 %	18 %	18 %
Psychologe / Psychotherapeut	81 %	59 %	54 %
Sozialarbeiter	70 %	61 %	48 %
Sporttherapie	19 %	20 %	26 %
Entspannungstraining	37 %	32 %	29 %
Ergotherapie	85 %	90 %	76 %
Ernährungsberatung	34 %	37 %	25 %
Gewichtsreduktionsprogramm	40 %	40 %	40 %
Raucherentwöhnung	45 %	45 %	40 %

Der Vergleich des Algorithmus in seiner derzeitigen Fassung mit dem sozialmedizinischen Urteil (TP 2a) zeigt, entgegen der formulierten Hypothese, keinen Zusammenhang hinsichtlich der Beurteilung des Reha-Bedarfs ($\text{Kappa} = .032$; $p = .52$; 95 %-KI = -0,06; 0,13). Auch zwischen der Reha-Bedarfsschätzung lt. Algorithmus und der Einschätzung der Rehabilitationsbedürftigkeit seitens der Klinikärzte (TP 2b) zeigt sich kein Zusammenhang ($r_{\text{pbis}} = .038$; $p = .580$). Außerdem zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl nach Algorithmus erforderlicher Reha-Zugänge und der Einschätzung der Klinikärzte hinsichtlich der Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit ($r = -.358$; $p < .001$) sowie der Reha-Prognose ($r = -.413$; $p < .001$).

Diskussion und Ausblick

Die Gründe für die Nichtübereinstimmung zwischen dem ärztlichen Urteil und der Bedarfsschätzung lt. Algorithmus bedürfen weiterer sorgfältiger Prüfung. Der Algorithmus weist Re-

ha-Bedarf erst bei schweren (komplexen) und damit möglicherweise auch stärker chronifizierten Krankheitsbildern aus. Eine erste Vermutung geht dahin, dass bei diesen Patienten die Chancen für eine erfolgreiche Rehabilitation seitens der Klinikärzte eher pessimistisch beurteilt werden. Die Ergebnisse sollen weiter im wissenschaftlichen Beirat des Projekts diskutiert werden. Dabei wird auch die Frage zu klären sein, in welcher Weise der Algorithmus eventuell weiterentwickelt werden soll, um die sozialmedizinische Begutachtung optimal zu unterstützen. Dies wird auch ein wesentliches Thema des Transferprojekts sein, das mit Unterstützung der BfA und der LVA Schleswig-Holstein durchgeführt wird.

Evaluation einer stationären Rückenschmerzrehabilitation mit der Posturographie

Schwesig, R. (1), Schimani, R. (2), Wentzel, K. (2), Hottenrott, K. (1)

(1) Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Sportwissenschaft, (2) Rehabilitationsklinik Eisenmoorbad, Bad Schmiedeberg

Hintergrund

Die hohe epidemiologische, ökonomische wie subjektive Relevanz chronischer Rückenschmerzen ist hinlänglich belegt (Seitz et al., 2001). Derzeit fehlt eine Abschätzung der Effektivität multidisziplinärer Behandlungsansätze. Die Wirksamkeit der stationären Rehabilitation chronischer Rückenschmerzpatienten wird in Deutschland nur als mäßig bezeichnet (Hüppe, Raspe, 2003).

Fragestellung

Ziel der Studie war es, eine dreiwöchige stationäre Therapie für chronische Rückenschmerzpatienten, insbesondere in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit der Rehabilitanden, posturographisch und klinisch zu evaluieren.

Methodik

In die Längsschnittuntersuchung wurden 133 Personen, davon 86 Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz, eingeschlossen. Unter dem Aspekt der beruflichen Tätigkeit wurden alle Studienteilnehmer reizschwachen (leichte körperliche Arbeit = LKA) und reizstarken Gruppen (schwere körperliche Arbeit = SKA) zugewiesen. Die klinischen und posturographischen Untersuchungen der Probanden erfolgten direkt vor und nach der dreiwöchigen Rehabilitation bzw. im Abstand von drei Wochen. Zur posturographischen Messung wurde das Interaktive Balance System (IBS) der Firma Neurodata verwendet. Das IBS basiert auf der separaten Messung der Vertikalkräfte auf vier Kraftmessplattformen, so dass die Vertikalkräfte von Vorfuß und Ferse differenziert erfasst und in Beziehung zueinander gesetzt werden können. Die Beurteilung der posturalen Subsysteme (Haltungsregulation) erfolgt mittels Frequenzanalyse (Fourier-Analyse) der Wellensignale in acht Testpositionen über jeweils 30 Sekunden (Oppenheim et al., 1999).

Ergebnisse

Signifikante Effekte hinsichtlich der Rückenschmerzreduktion und der Verbesserung der posturalen Regulation durch die Intervention konnten lediglich in der Gruppe LKA nachgewiesen werden. Hier gelang es bei 78 % der Patienten die Rückenschmerzintensität zu senken. 65 % der Patienten zeigten nach der Rehabilitation eine verbesserte Haltungsregulation. In der Gruppe SKA bewegten sich die Werte zwischen 51 % (Rückenschmerzintensität) und 50 % (Haltungsregulation). Im Bereich der Haltungsregulation gelang es durch die Rehabilitation, Verbesserungen in den Parametern Synchronisation, Fersenbelastung, Summenscore (nur LKA) sowie im peripher-vestibulären System (nur LKA) zu erzielen.

Diskussion

Unter dem Aspekt der beruflichen Tätigkeit der Patienten sind deutliche Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit der Rückenschmerzrehabilitation festzustellen. Während bei 78 % der körperlich leicht arbeitenden Patienten eine Rückenschmerzreduktion beobachtet werden konnte und in fünf posturographischen Parametern (Summenscore; Fersenbelastung; Synchronisation; F 2-4; F 5-6) teilweise signifikante Verbesserungen erzielt werden konnten, profitierte bei den körperlich schwer arbeitenden Patienten nur jeder Zweite hinsichtlich der Rückenschmerzreduktion von der Rehabilitation. Hier konnten im Bereich der Haltungsregulation durch die Rehabilitation nur Verbesserungen in den Parametern Synchronisation und Fersenbelastung generiert werden. Charakteristisch für beide Berufsgruppen sind Defizite im sensomotorischen Bereich, die sich in Form muskulärer Dysbalancen und einer veränderten Statik (erhöhte Fersenbelastung) manifestierten. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Schwesig et al. (2002) bei medizinischem Pflegepersonal. Teilweise ließen sich diese Defizite durch die Rehabilitation, vor allem bei den nicht körperlich Tätigen, abbauen.

Schlussfolgerung

Die primär aktiv ausgerichtete, stationäre Rückenschmerzrehabilitation, erwies sich nur für die Berufsgruppe der LKA als wirkungsvoll, weshalb das Therapieschema für die Berufsgruppe der SKA zu qualifizieren wäre. Hier ist möglicherweise eine stärkere Implementierung sensomotorischer Therapieinhalte empfehlenswert und sinnvoll.

Literatur

- Hüppe, A., Raspe, H. (2003): Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980 – 2001. *Die Rehabilitation* 42 (3), 143-154.
- Oppenheim, U., Kohen-Raz, R., Alex, D., Kohen-Raz, A., Azarya, M. (1999): Postural Characteristics of Diabetic Neuropathy. *Diabetes Care* 22 (2), 328– 332.
- Schwesig, R., Müller, K., Leuchte, S., Riede, D. (2002): Koordinationstraining bei Pflegepersonal mit Rückenschmerzen. *Phys Med Rehab Kuror*, 12, 73-82.
- Seitz, R., Schweikert, B., Jacobi, E., Tschirdewahn, B., Leidl, R. (2001): Ökonomisches Rehabilitationsmanagement bei chronischen Rückenschmerzen. *Schmerz*, 6, 448-452.

Peri- und postoperative Aspekte der Patienten-Schulung bei Hüft-TEP-Implantation

Peters, K.M., Schebben, J.

Rhein-Sieg-Klinik, Nümbrecht

Hintergrund

Die Patienten-Schulung ist ein nicht wegzudenkender Faktor in der Rehabilitation nach Gelenkendoprothesen-Implantation. Sie sollte optimalerweise schon präoperativ beginnen. Dennoch weisen die Patienten zu Beginn der Rehabilitationsphase einen sehr unterschiedlichen Kenntnisstand auf. Ziel der vorliegenden Untersuchung war eine systematische Erfassung der durchgeführten Patienten-Schulung vor Eintritt der Rehabilitation. Hierzu wurde ein standardisierter Fragebogen erstellt und den Patienten zu Beginn der Rehabilitation zum Ausfüllen ausgehändigt. Er beinhaltet Fragen zur präoperativen Aufklärung, zur Information über Risiken und Komplikationen der Operation, zur Art der Implantation und zum postoperativen Belastungsschema.

Ergebnisse

Von 166 Patienten nach Hüft-TEP-Implantation berichteten 152 Patienten (99 %) über eine ausreichende Aufklärung zur Operation. 88 % fühlten sich ihrem subjektivem Empfinden nach ausreichend über Gefahren, Risiken und Unannehmlichkeiten der Operation informiert. 148 Patienten (91 %) waren über die bei ihnen vorgenommene Implantationstechnik (zementiert, zementfrei, Hybrid-Technik) ausreichend informiert. Hingegen waren nur 69 % über die Gefahr einer Prothesen-Luxation aufgeklärt worden. 132 Patienten (80 %) fanden sich ausführlich über die Benutzung von Unterarmgehstützen informiert, wo hingegen nur 65 Patienten (39 %) den Unterschied zwischen dem sog. Drei- und Vierpunktegang kannten. Auch das Wissen über die Belastbarkeit des operierten Beines wies Lücken auf: Lediglich 65 % der Patienten waren über die aktuelle Belastbarkeit des operierten Beines informiert. Nur 73 Patienten (45 %) wussten über die Dauer der Teilbelastung Bescheid. Über die wichtige Komplikation einer Thrombose nach Hüft-TEP-Implantation und über die erforderliche Thrombose-Prophylaxe waren 123 Patienten (77 %) informiert.

Einen Prothesen-Pass erhielten 112 Patienten (70 %) bereits im Akuthaus ausgehändigt.

Über ihre aktuelle Medikation zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus waren 90 % der Patienten informiert.

Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass eine frühzeitig in der Rehabilitation einsetzende Endoprothesen-Schulung für die Patienten unverzichtbar ist, wobei insbesondere Informationen zu den Aspekten postoperative Komplikationen (Hüft-TEP-Luxation, Thrombose), Belastbarkeit des operierten Beines mit Dauer der Gehstützen-Benutzung und Verhalten im

Alltag (ADL) entscheidend sind. Anzustrebendes Ziel ist eine geschlossene Informationskette mit engmaschiger Abstimmung zwischen Akuthaus und Rehabilitationsklinik.

Was stärkt die Selbstwirksamkeitserwartungen im Rehabilitationsprozess bei Patienten mit Knie- und Hüftgelenkersatz?

Dohnke, B. (1), Hähnel, H. (2), Müller-Fahrnow, W. (1)

(1) Charité Berlin, (2) MEDIAN Klinik Hoppegarten

Hintergrund

Aktive Bewältigungsstrategien spielen bei chronischen Erkrankungen wie Arthrose eine wichtige Rolle. Zahlreiche Studien zeigen, dass insbesondere der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit eine große Bedeutung zukommt: Arthrose-Patienten berichten geringere Schmerzen, funktionale Einschränkungen und Depressivitätswerte, wenn sie hohe Selbstwirksamkeit dafür wahrnehmen, negative Krankheitsfolgen (wie Schmerzen, funktionelle Einschränkungen) bewältigen zu können. Derart gesundheitsförderliche Effekte wurden sowohl in Quer- als auch Längsschnittstudien gefunden (z. B. Brekke et al., 2001; Lorig et al., 1989); auch eine Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartungen ist mit einem besseren kurz- und langfristigen Gesundheitszustand verbunden (z. B. Lorig et al., 1989; Smarr et al., 1997). Weitere Studien zeigen, dass Selbstwirksamkeitserwartungen durch Selbstmanagementprogramme und psychologische Interventionen gestärkt werden können (Lorig et al., 1989; Smarr et al., 1997). Ausgehend hiervon untersuchte die vorgestellte Studie, ob die Selbstwirksamkeitserwartungen auch in einer herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation bei Patienten nach Gelenkersatz gestärkt werden und was diese Stärkung bewirkt. Angenommen wurde, dass neben dem aktuellen Gesundheitszustand insbesondere persönliche Erfahrungen Einfluss haben (Bandura, 1998).

Methodik

An der durchgeführten Längsschnittstudie nahmen 100 Patienten teil, die nach Knie- oder Hüftgelenkersatz in der orthopädischen MEDIAN Klinik Hoppegarten behandelt wurden. Das Durchschnittsalter betrug 63,7 (\pm 11,5) Jahre, der Anteil Frauen 53 %. Bei 40 % lag ein Kniegelenkersatz vor. Die Datenerfassung erfolgte über Patientenfragebögen zu Reha-Beginn (T1) und Reha-Ende (T2). Die Selbstwirksamkeitserwartungen wurden in Anlehnung an Lorig (et al., 1989) erfasst. Hierbei schätzten die Patienten ihre Überzeugung ein, Schmerzen und funktionelle Einschränkungen verringern zu können (1 sehr unsicher bis 4 sehr sicher). Als zentrale, die Selbstwirksamkeit beeinflussende, Erfahrungen wurde die subjektive Nützlichkeit verschiedener Behandlungselemente (z. B. Krankengymnastik, Aufklärung) sowie verschiedene Beurteilungen der Patientenaufklärung erhoben.

Ergebnisse

Die Selbstwirksamkeitserwartungen nahmen signifikant während der Rehabilitation zu: Die Patienten waren sich zu T2 sicherer als zu T1, dass sie ihre Schmerzen bzw. funktionellen Einschränkungen vermindern können ($p < .05$; $d = .35 / .55$). Zur Untersuchung, was die Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartungen erklärt, wurden Regressionsanalysen durch-

geführt. Weder die Kontrollvariablen Alter und Geschlecht noch der Gesundheitszustand zu T1 (Schmerzen, funktionelle Einschränkungen, Depressivität) hatten einen signifikanten Einfluss. Vielmehr wurde die Zunahme der schmerzbezogenen Selbstwirksamkeit durch die Nützlichkeit der Krankengymnastik und der ärztlichen Aufklärung; die ADL-bezogene Selbstwirksamkeit durch die Nützlichkeit von Gesprächen mit Mitpatienten und der Krankengymnastik vorhergesagt. D. h. je nützlicher Patienten Krankengymnastik, ärztliche Aufklärung und Gespräche mit Mitpatienten während der Reha beurteilten, desto stärker nahmen ihre Selbstwirksamkeitserwartungen zu. Analysen zur Patientenaufklärung wiesen das Gefühl, gut während der Rehabilitation über die Auswirkungen der Gelenkoperation auf das Leben im Alltag aufgeklärt worden zu sein, als signifikanten Prädiktor der Zunahme von Selbstwirksamkeitserwartungen aus: Je besser sich Patienten während der Rehabilitation über Krankheitsfolgen aufgeklärt fühlten, desto stärker nahmen ihre Selbstwirksamkeitserwartungen zu. Zudem wurden Regressionsanalysen zur Vorhersage der Selbstwirksamkeitserwartungen zu T1 durchgeführt. Auch hier hatten verschiedene Aspekte der Patientenaufklärung sowie Behandlungserfahrungen im Akutkrankenhaus Vorhersagekraft für das Ausmaß der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit.

Diskussion

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung positiver persönlicher Erfahrungen in Form von Krankengymnastik und professioneller, umfassender Aufklärung durch den Arzt, aber auch Gespräche mit Mitpatienten.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Überzeugung von der eigenen Bewältigungsfähigkeit ist ein wichtiger Erfolgsfaktor in der Rehabilitation von Patienten nach Gelenkersatz; insbesondere auch die Zunahme der Selbstwirksamkeit trägt zu besseren Reha-Ergebnissen bei (Dohnke et al., in review). Zur gezielten Stärkung dieser personalen Ressource bieten sich vielfältige Möglichkeiten in einer herkömmlichen Rehabilitationsmaßnahme ohne spezifisch zugeschnittene Intervention.

Literatur

- Bandura, A. (1998): Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychol Health*, 13, 623-649.
- Brekke, M., Hjortdahl, P., Kvien, T.K. (2001): Self-efficacy and health status in rheumatoid arthritis: a two-year longitudinal observational study. *Rheumatology (Oxford)*, 40(4), 387-392.
- Dohnke, B., Knäuper, B., Müller-Fahrnow, W. (in review): Perceived Self-Efficacy in the Rehabilitation Process After Hip Joint Replacement.
- Lorig, K., Chastain, R.L., Ung, E., Shoor, S., Holman, H.R. (1989): Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum*, 32(1), 37-44.
- Smarr, K.L., Parker, J.C., Wright, G.E., Stucky-Ropp, R.C., Buckelew, S.P., Hoffman, R. W. et al. (1997): The importance of enhancing self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*, 10(1), 18-26.

Behandlungspfade nach Hüft-Totalendoprothesen - Eine Internationale Befragung zur Organisation und Struktur des Behandlungsverlaufs

Klein, K. (1), Gerdes, N. (2), Jäckel, W.H. (1, 2)

(1) Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, (2) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Problemstellung und Zweck der Studie

Seit den letzten Jahren befindet sich das deutsche Gesundheitssystem zunehmend im Wandel. Nicht zuletzt durch die Einführung der DRG's kommt es zur Leistungsverchiebung vom Akutsektor zu den nachgelagerten Sektoren wie den Bereich der medizinischen Rehabilitation. Vor diesem Hintergrund stehen vor allem die Schnittstellen zwischen der Akutversorgung und Rehabilitation in Verbindung mit der jeweiligen Verweildauer in der Diskussionen. Die Auseinandersetzung mit den Systemen anderer Länder ist dabei von besonderem Interesse. Ziel der Untersuchung war die Exploration von „klassischen“ Behandlungsverläufen zur prä- und postoperativen Behandlung von Patienten nach Hüft-TEP im internationalen Vergleich. Für die dargestellte Untersuchung wurde gezielt die Indikation „Hüftendoprothese“ ausgewählt, da diese wegen ihrer Fallzahl, sozioökonomischen Relevanz und der erheblichen Varianz in der derzeitigen Vorgehensweise in Deutschland von besondere Bedeutung ist.

Methodik und Stichprobenbeschreibung

Zur Erfassung der nationalen Gegebenheiten wurde ein Fragebogen mit 20 Items zu präoperativen Interventionen, zur Akutphase/Klinikaufenthalt (Aufenthaltsdauer und Kosten) und zur postoperativen, rehabilitativen Phase (Organisation, Aufenthaltsdauer, Kosten) an insgesamt 57 Experten aus 29 Ländern verschickt. Insgesamt gingen 18 Fragebögen (Rücklauf von 31,6 %) aus Australien, den USA, Österreich, Belgien, Schweiz, Kroatien, Finnland, Frankreich, Griechenland, Ungarn, Israel, Italien, den Niederlanden, Rumänien, Slowenien und Spanien in die Auswertungen ein. Eine Erinnerungsaktion fand nicht statt. In der Regel füllten Ärzte aus dem operativen Bereich oder dem Bereich der orthopädischen Rehabilitation den Fragebogen aus.

Ergebnisse

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Akutkrankenhaus beträgt nach Angaben der Befragten 8,8 Tage (Minimum 5 Tage, Maximum 15 Tage). Die Differenzen wurden größtenteils auf den Gesundheitszustand der Patienten, Komplikationen, Verzögerungen in der Weiterbehandlung und damit Verlegung oder Unklarheiten bezüglich der Situation im häuslichen Umfeld (Möglichkeiten der Pflege) zurückgeführt. 47,1 % gaben an, dass in der Regel rehabilitative Interventionen im Vorfeld durchgeführt werden, die sich meist auf edukative Maßnahmen beziehen. 27,8 % gaben an, dass im Anschluss an die Akutversorgung immer eine Rehabilitation durchgeführt wird. 44,4 % waren der Meinung, dass es in ihrem Land oft der Fall ist, 27,8 % berichteten, dass dies nur in manchen Fällen stattfindet. Die Rehabilitation wird in den 16 Ländern sowohl in der Akutklinik als auch in einer separaten Einrichtung durchgeführt und findet stationär und ambulant statt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 18,6 Tage (Minimum 7 Tage, Maximum 40 Tage). In den wenigsten

Fällen gaben die Befragten nationale Leitlinien oder standardisierte Behandlungskonzepte an, nach denen sich die Rehabilitation bei Hüft-TEP-Patienten richtet.

Diskussion

Die internationale Befragung zu Behandlungspfaden bei Patienten nach Hüft-TEP ermöglichte einen ersten Überblick über die nationalen Gegebenheiten in anderen Ländern Europas, Amerikas, Australiens und Asiens. Nach Auskunft der Befragten findet in den meisten Ländern im Anschluss an die Akutphase eine Rehabilitation statt. Die rehabilitative Behandlungsdauer variiert zwischen den Ländern, liegt im Durchschnitt jedoch nicht wesentlich unter der Aufenthaltsdauer in deutschen Reha-Einrichtungen von 21 Tagen. Die Angaben verweisen auf ein relativ strukturierten Behandlungsverlauf bei Patienten vor und nach Hüft-TEP. Dies ist mitunter auf die vergleichsweise hohe Antwortrate aus Ländern Osteuropas zurückzuführen, in denen das Gesundheitssystem deutlich andere Strukturen als beispielsweise in den USA aufweist. Eine Befragung weiterer Länder bzw. weiterer Experten aus den einzelnen Ländern sowie eine weitere Erhebung, die aufbauend auf diesen Ergebnissen gezielte Prozesse der präoperativen bzw. rehabilitativen Behandlung anspricht, erscheint sinnvoll.

Literatur

Villianti, T., Huber, U., Pasquetti, P., Poli, P., Marcucci, M., Popolizio, A. (2004): Rehabilitation after primari total hip replacement. *Europa Medicophysica* (6), 67-74.
Hohmann, J. (1998): Gesundheits-, Social- und Rehabilitationssysteme in Europa. Gesellschaftlich Solidarität auf dem Prüfstand. Verlag Hans Huber, Bern.

Schlechte Reha-Ergebnisse bei hohem Schweregrad? Eine Untersuchung bei Hüft-TEP-Rehabilitanden

Peters, A. (1), Müller-Fahrnow, W. (2), Dohnke, B. (2)

(1) Schwarzwaldklinik Orthopädie, Bad Krozingen, (2) Charité Universitätsmedizin, Berlin

Hintergrund der Untersuchung

Im Rahmen der Qualitätssicherung und der Erarbeitung von Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation ist die Ergebnisevaluation wenn möglich in Abhängigkeit des anfänglichen Schweregrades unverzichtbar. In der vorliegenden Untersuchung wird am Beispiel der Reha-Indikation „Hüft-TEP“ gezeigt, inwieweit in der stationären orthopädischen Rehabilitation eine differenzielle Behandlung möglich ist, so dass anfängliche funktionelle Einschränkungen ausgeglichen werden. Angenommen wird, dass Patienten mit einem höheren Schweregrad vergleichbar wenn nicht mehr von der stationären Rehabilitation profitieren als Patienten mit einem geringeren Schweregrad.

Methodik

Die Stichprobe entstammt einer multizentrischen prospektiven Kohortenstudie zur Evaluation der Rehabilitation in 13 orthopädischen Reha-Kliniken. Insgesamt nahmen 1165 Patienten nach Hüftgelenkersatz an der Studie teil. Der Anteil an Frauen betrug 60 %; das Durchschnittsalter lag bei 64,5 Jahren (SD=10,8).

Die Datenerhebung erfolgte über einen Arztbefundbogen und Patientenfragebogen zu Reha-Beginn und Reha-Ende.

Der Schweregrad zu Reha-Beginn wurde mit dem Harris-Hip-Score (HHS) festgestellt. Zentrale Ergebnismaße waren der HHS mit seinen Unterskalen Schmerz und ADL-Funktionen, Abwesenheit von Deformitäten und Bewegungsumfang.

Ergebnisse

Zu Reha-Beginn wird bei 84 % der Patienten ein hoher Schweregrad (Gruppe II = schlechter Gesundheitsstatus) und bei 16 % ein geringerer Schweregrad (Gruppe I = guter und befriedigender Gesundheitsstatus) festgestellt.

Die Untersuchung von Unterschieden zwischen beiden Schweregradgruppen in Merkmalen zu Reha-Beginn lieferte folgende Ergebnisse:

- Rehabilitanden mit hohem Schweregrad
- waren älter,
- waren eher weiblichen Geschlechts
- hatten einen schlechteren Lokalbefund und eine höhere Komplikationsrate
- hatten mehr Begleitdiagnosen
- hatten ein größeres Streckdefizit.

Unterschiede in funktionellen Einschränkungen durch Begleiterkrankungen und Merkmalen wie Primär- vs. Wechseloperation, Belastungsvorgabe und Verankerungstechnik waren statistisch nicht signifikant. Zur Untersuchung der Frage, ob Patienten der beiden Schweregradgruppen unterschiedliche Reha-Verläufe haben, wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen durchgeführt. Es zeigt sich, dass bei Patienten mit höherem Schweregrad größere Verbesserungen

- des Schmerzes
- der ADL-Funktionen
- des Streckdefizites
- des HHS-Gesamtscores

erfuhren als Patienten mit einem geringeren Schweregrad. Entgegen der Erwartung hatte die Gruppe II keine signifikante längere Reha-Dauer.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse machen deutlich, dass der klinische Harris-Hip-Score tatsächlich nur Einschränkungen in Zusammenhang mit dem Hüftgelenk abbildet. Die Untersuchung der Reha-Verläufe weist differentielle Rehabilitationseffekte aus: Patienten mit einem höheren Schweregrad profitieren stärker als Rehabilitanden mit einem geringeren Schweregrad.

Ziel und Ausblick

Zukünftig wird durch Einführung der DRG-Pauschalen die stationäre Verweildauer im Akut-Krankenhaus noch kürzer sein, so dass ein höherer Anteil von Patienten mit niedrigem HHS-Ausgangswert zu erwarten ist. Zu prüfen ist, wie dann die herkömmliche orthopädische Rehabilitation noch in der Lage sein wird, diese Patientengruppe mit schlechterem HHS-Punktwert mit gleichem Ergebnis zu behandeln wie vor der DRG-Einführung. Um derartige Veränderungen seit der DRG-Einführung zu erkennen, ist eine kontinuierliche Ergebniseva-

luation mit etablierten, standardisierten Instrumenten (zum Beispiel mit dem Harris-Hip-Score) notwendig.

Analyse bewegungstherapeutischer Interventionsformen bei Patienten nach hüftendoprothetischer Versorgung

Vogt, L. (1), Brettmann, K. (1), Banzer, W. (1), Galm, R. (2),

(1) Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main, Abt. Sportmedizin, (2) Wirbelsäulenklinik Bad Homburg v.d.H.

Einleitung

In der postoperativen Rehabilitation hüfttotalendoprothetisch versorgter Patienten steht neben der Auflösung myogener Kontrakturen die Behandlung muskulärer Insuffizienzen im Bereich der hüftgelenkumgebenden Muskulatur im Vordergrund. Diese gezielte Verbesserung des muskulären Status der Hüftrotatoren und -abduktoren dient der Verbesserung der Fortbewegung. Trotz deutlicher Schmerzreduktion und funktionellen Verbesserungen ist bei vielen Patienten nach hüftprothetischer Versorgung ein verändertes Gangbild insbesondere durch übermäßige Horizontalbewegungen oder Seitneigungen des Oberkörpers (Perron et al., 2000) zu beobachten. Ziel der vorliegenden Studie war daher der Vergleich spezifischer Interventionen auf thorakopelvikale Bewegungsspuren.

Methodik

Untersucht wurden 12 Patienten mit unilateralem Hüftgelenksersatz (44-79 Jahre). Die Dauer zwischen dem operativen Eingriff und dem Untersuchungszeitpunkt betrug 23 bis 44 Tage (MW: 29.6 ± 6.9 Tage). Erfasst wurden (3D-Bewegungsanalyse, Zebris®) Richtung und Ausmaß der mittleren lateralen Thoraxauslenkung relativ zur anatomischen Nullstellung sowie das durchschnittliche maximale Bewegungsausmaß (ROM - frontal) des Thorax pro Gangzyklus beim Laufbandgehen in vier Testbedingungen (freies Gehen als Referenzmessung (RM), Echtzeit-Videofeedback (VF; Abb. 1), Therapiespiegel (TS), verbale Instruktion (VI)). Bei den Interventionen wurden die Patienten angewiesen, ihren Oberkörper aufzurichten und eine rechts- und linksseitige Rumpfauslenkungen gleichen Ausmaßes zu produzieren. TS und VF lieferten zusätzliche optische Informationen über die Rumpfposition.

Ergebnisse

Bei der RM zeigten die Patienten eine mittlere laterale Thoraxabweichung von 2.2° . Interventionsbedingt ergaben sich zwei unterschiedliche Reaktionen. 1/3 der Patienten zeigten eine stärkere Thoraxabweichung, 2/3 eine Aufrichtung bzw. Verlagerung der Seitneigung in die Gegenrichtung im Vergleich zur RM. Bei reduzierter oder verlagerter lateraler Thoraxauslenkung konnten für alle Interventionen signifikante Unterschiede (VF $-0.3 \pm 3.3^\circ$, TS $0 \pm 2.6^\circ$, VI $0.2 \pm 2.2^\circ$, $p < .05$) nachgewiesen werden. Das ROM blieb von den Interventionen unbeeinflusst (RM $3.2 \pm 1.4^\circ$, VF $2.6 \pm 1.4^\circ$, TS $2.6 \pm 1.5^\circ$, VI $2.9 \pm 1.1^\circ$).

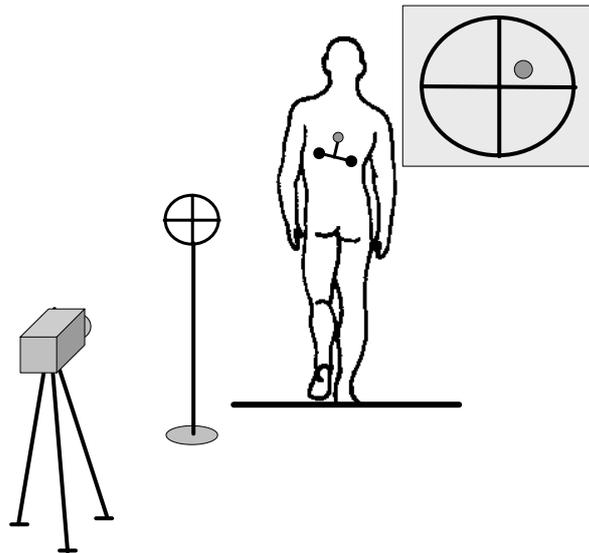


Abb. 1: Schematische Darstellung der Untersuchungsanordnung und des Feedbackmodus zur Visualisierung der Thoraxbewegung.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass alle drei Interventionsformen zu einer erfolgreichen Beeinflussung der mittleren lateralen Thoraxabweichung führen. Demzufolge scheint die Verbesserung spezifischer Gangabweichungen und die Wiedererlangung des „normalen“ Gangmusters, durch eine am Störungsbild orientierte Therapie, bei Hüftprothesepatienten möglich. Da aufgrund der vorliegenden Untersuchung die Wirkdominanz für eine der drei Interventionsformen nicht bestätigt werden konnte, die Ergebnisse bei individueller Betrachtung aber divergieren (nicht alle Patienten zeigen auf jede Intervention eine positive Reaktion), sollte der Einsatz des im Rahmen bewegungstherapeutischer Maßnahmen üblicherweise verwendeten Therapiespiegels wie auch die Formulierung verbaler Bewegungsanweisungen kritisch und reflexiv erfolgen. Zur Auswahl der „besten“ Methode scheint eine alternative Therapieanwendung sinnvoll und effektiv.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Weitere Studien müssen die langfristigen Effekte optischer und verbaler Informationsrückmeldung untersuchen. Hierbei sind grundlegende Aspekte des motorischen Lernens und entsprechende experimentelle Designs zu berücksichtigen. Nur wenn nach Abschluss der Rehabilitation prätherapeutische Bewegungsmuster korrigiert und eine längerfristige Verbesserung bzw. Normalisierung der Bewegungsabläufe erkennbar wird, kann der „klinische Benefit“ gangschulender Maßnahmen tatsächlich bestätigt werden.

Literatur

Perron, M., Malouin, F., Moffet, H., McFadyen, B.J., 2000: Three-dimensional gait analysis in women with a total hip arthroplasty. *Clinical Biomechanics* 15, S. 504-515.

Aktivität und Lebensqualität bei Patienten mit Verletzungen der unteren Extremitäten nach der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW)

Bak, P. (1), Müller, W.D. (2), Kropf, U. (2), Lohsträter, A. (3), Smolenski, U.C. (1)

(1) Universitätsklinikum Jena, Institut für Physiotherapie, (2) m & i Fachklinik, Bad Liebenstein, (3) Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, Erfurt

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Die Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW) gehört zu den Standardkomponenten in der Rehabilitation nach größeren Verletzungen der unteren Extremitäten. Es gibt zwar Hinweise für die Wirksamkeit der stationären Rehabilitation bei Patienten nach Hüft-TEP (Bak et al., 2001) oder Amputationen (Bak et al., 2003), kaum jedoch Daten für die Rehabilitation Unfallverletzter. Ziel der Untersuchung war es, die Effekte der BGSW in der Rehabilitation von Patienten nach Verletzungen der unteren Extremitäten zu evaluieren.

Methodik

In einer prospektiven Studie haben 111 konsekutive Patienten, davon 86 (77,5 %) männlich und 25 (22,5 %) weiblich im durchschnittlichen Alter von 44,9 Jahren nach ernsthaften Verletzungen der unteren Extremitäten teilgenommen. Die häufigsten Verletzungen waren Unterschenkel-, Fersenbein- und OSG-Frakturen. 15 Patienten hatten begleitende WK-Frakturen und 4 Beckenfrakturen. Alle Patienten absolvierten eine BGSW in einer zertifizierten Klinik. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 32,5 (18-72) Tage. Es wurde ein multidisziplinäres Rehabilitationsprogramm mit Elementen der Bewegungstherapie, Ergotherapie, work hardening, passiver Physiotherapie sowie psychologische und schmerztherapeutischen Interventionen durchgeführt. Zusätzliche Maßnahmen wie Patientenschulung, Diät- und Berufsberatung wurden angeboten. Am Anfang (T1) und Ende (T2) der BGSW wurde der gesamten Stichprobe der SF-36, EQ-5D und WOMAC als selbstadministrierte Fragebögen vorgelegt. 98 Patienten (88,3 %) wurden 6 Monate nach der Entlassung (T3) mit dem gleichen Instrumentenset postalisch nachbefragt.

Ergebnisse

Der SF-36 zeigte zwischen T1 und T2 statistisch signifikante Veränderungen in den Subskalen PF und RP sowie PCS. Zwischen T2 und T3 zeigten sich keine statistisch signifikanten Verbesserungen. Von T1 zu T3 waren die Unterschiede in den Subskalen PF, RP und RE sowie in der PCS statistisch signifikant. In den Skalen GH, VT, SF, RE, MH und MCS erreichten die Patienten den jeweiligen alters- und geschlechtsadjustierten Populationsdurchschnitt. Der EQ-5D zeigte weder im TTO-Index noch in der VAS eine signifikante Verbesserung von T1 zu T2 oder T3. Der WOMAC zeigte signifikante Verbesserungen in allen Subskalen zwischen T1 und T2 sowie T1 und T3.

Diskussion

Die Stichprobe war zur Überprüfung des Verfahrens ausreichend groß. Die Messinstrumente sind international bekannt und, auch als deutsche Versionen, validiert. Das einfache Pre-Post-Design ist jedoch eine eindeutige Schwäche der Studie. Die Signifikanz der Veränderungen könnte, vor allem bei SF-36 und EQ-5D, durch die Änderungssensitivität der Instrumente limitiert worden sein. Die Verbesserungen waren hauptsächlich in den somatischen Subdimensionen statistisch signifikant, wo die niedrigen Ausgangswerte auf einen hohen Rehabilitationsbedarf hinwiesen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie scheinen leicht besser zu sein als die der unter gleichen Bedingungen bei Patienten mit TEP (Bak et al., 2001) oder den Amputierten (Bak et al., 2003) durchgeführter stationärer Rehabilitation. Dennoch ist bei einem solchen Vergleich, neben den unterschiedlichen Indikationen, das deutlich höhere Durchschnittsalter der Patienten und die limitierende Komorbidität zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollten die Langzeitergebnisse abgewartet werden (Mkandawire et al., 2002).

Schlussfolgerungen

Die BGSW zeigt bei Patienten nach Verletzungen der unteren Extremitäten positive Effekte hinsichtlich der Lebensqualität sowie des generischen und spezifischen Gesundheitszustandes. Eine Subgruppenanalyse soll klären, welche Patientenkollektive von der BGSW besonders profitieren. Kontrollierte Studien sind nötig zum Vergleich der Wirksamkeit von BGSW mit anderen, auch ambulanten, Rehabilitationsstrategien. Diese Studie kann auch zur ergebnisgestützten Optimierung der Rehabilitationsprozesse führen. So könnten die Allokationsentscheidungen der Kostenträger auf eine breitere Evidenzbasis gestellt werden. Ferner sollte die Kosten-Effektivität von Rehabilitationsmaßnahmen bei Unfallverletzten untersucht werden.

Literatur

- Bak, P., Muller, W.D., Bocker, B., Smolenski, U. (2003): Changes in health-related quality of and functional independence in patients after lower limb amputation and in-patient rehabilitation program. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin* 13, 345-353.
- Bak, R., Strohbach, H., Venbrocks, R.A., Smolenski, U. (2001): Generic and specific health-related quality of life at short-term follow-up after total hip arthroplasty and in-patient rehabilitation program. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin* 11, 129-132.
- Mkandawire, N.C., Boot, D.A., Braithwaite, I.J., Patterson, M. (2002): Musculoskeletal recovery 5 years after severe injury: long term problems are common. *Injury* 33, 111-115.

Gemeinschaftliche Krankheitsbewältigung - Welchen Beitrag leisten die Gesprächskreise der Rheuma-Liga zur Reha-Nachsorge?

Borgetto, B.

Abteilung für Medizinische Soziologie, Universität Freiburg

Bislang wurde davon ausgegangen, dass Selbsthilfegruppen in vielen Krankheitsbereichen durch Gespräch, Beratung und Information einen wichtigen Beitrag zur Rehabilitationsnachsorge leisten (Buschmann-Steinhage, 2000; 2004; Möller, 2003). Im Rahmen der Rheumat-Studie wurde versucht, diese Annahmen im Hinblick auf rheumatische Erkrankungen auf eine empirische Basis zu stellen. Untersucht wurden bzw. werden die Verbreitung und Arbeitsweisen von Gesprächskreisen der Rheuma-Liga Baden-Württemberg (BW) sowie deren Einfluss auf Kontrollüberzeugungen, Depressionsneigung und soziale Unterstützung von Rheumakranken. In der ersten Phase der Studie wurden insgesamt vier Befragungen mit standardisierten Fragebögen zu Merkmalen der Struktur- und Prozessqualität der Gesprächskreise durchgeführt. Die beiden ersten Befragungen richteten sich an die Leiter der Arbeitsgemeinschaften der Rheuma-Liga BW (retrospektiv zu den Jahren 1997-1999: n=69 und zum Jahr 2000: n=68). Anschließend wurden die Ansprechpartner (n=39) und die Teilnehmer (n=189) von 29 ausgewählten Arbeitsgemeinschaften befragt. Diese Phase ist bereits abgeschlossen. In der zweiten Phase wurden in einer prospektiven Längsschnittuntersuchung über einen Zeitraum von zwei Jahren Rheumakranke (n=901) in halbjährigen Abständen anhand validierter standardisierter psychosozialer Erhebungsinstrumente hinsichtlich ihrer Krankheitsbewältigung befragt. Die Ergebnisse sind erst teilweise erfasst. In diesem Beitrag wird über die Resultate der ersten Phase und erste vorläufige Ergebnisse der zweiten Phase berichtet. Die Zahl der Arbeitsgemeinschaften, die Gesprächskreise anbieten, und die Zahl der Gesprächskreise insgesamt in der Rheuma-Liga Baden-Württemberg nehmen stetig zu. Diese Entwicklung geht größtenteils auf die starke Zunahme der diagnosespezifischen Gesprächsgruppen für Fibromyalgie-Patienten zurück und verweist auf die besondere Situation und den daraus resultierenden besonderen Bedarf an Erfahrungsaustausch und gegenseitiger Hilfe dieser Patientengruppe. Neben den alltäglichen Problemen im Umgang mit der Erkrankung stehen Aspekte der medizinischen Versorgung in den Gesprächskreisen als Themen im Vordergrund. Weniger häufig werden die emotionalen Aspekte der Gespräche als zentral benannt. Die Arbeitsweise der meisten Gesprächskreise kann als gegenseitige soziale Unterstützung charakterisiert werden. Nur bei einem Teil der Gruppen sind Vorgehensweisen erkennbar, die einen eher psychotherapeutischen Charakter haben. Dabei überwiegen Elemente, wie sie von der Verhaltenstherapie oder von humanistischen Therapieansätzen bekannt sind, deutlich gegenüber eher psychoanalytisch orientierten Vorgehensweisen. Rheuma-Gesprächsgruppen unterscheiden sich damit insgesamt wenig von anderen Selbsthilfegruppen (vgl. Trojan, 1986) mit Ausnahme von Gesprächsgruppen, die sich dezidiert psychischen und sozialen Problemen zuwenden und bei denen psychotherapeutische Vorgehensweisen häufiger zu finden sind (Daum, 1984). Dementsprechend wurden für die Ergebnisse der zweiten Phase erwartet, dass Rheumakranken, die an Gesprächskreisen teilnehmen, im Unterschied zu Nicht-Teilnehmern, u.a. eine bessere Compliance, eine höhere Lebensqualität, bessere Partner- und Familienbeziehungen, eine bessere und selbstständigere Krankheitsbewältigung, eine geringere Neigung zu De-

pressionen und allgemeine psycho-soziale Entlastungen aufweisen. Die vorliegenden ersten Ergebnisse aus der zweiten Studienphase zur Krankheitsbewältigung aus dem ersten Befragungszeitpunkt scheinen diese Erwartungen jedoch zunächst nicht zu bestätigen. In der ersten Querschnittsbetrachtung zeigen sich sowohl im Hinblick auf Kontrollüberzeugungen, Depressionen und soziale Unterstützung zunächst nachteiligere Werte bei den Teilnehmern an Gesprächskreisen. Doch erst die Längsschnittbetrachtung wird kausale Interpretationen erlauben. So ist z.B. denkbar, dass Rheumakranke erst an Gesprächskreisen teilnehmen, wenn die Krankheit bzw. deren psychosoziale Begleiterscheinungen einen gewissen Schweregrad überschritten haben.

Literatur

- Buschmann-Steinhage, R. (2000): Selbsthilfegruppen - Zukunftsperspektiven und Forschungsbedarf aus Sicht der Rentenversicherung. In Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 23 (3).
- Buschmann-Steinhage, R. (2004): Vorstellungen und Ideen zu einer besseren Kooperation. In: NAKOS Extra 2003: Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken.
- Daum, K.-W. (1984): Selbsthilfegruppen. Eine empirische Untersuchung von Gesprächs-Selbsthilfegruppen. Psychiatrie-Verlag.
- Möller, B. (2003): Bedeutung der Zusammenarbeit von Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2003.
- Trojan, A. (Hg.) (1986): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Fischer-Verlag.

Verängstigung aufgrund von Verhaltensempfehlungen nach Gelenkersatz: Risikofaktoren für den Rehabilitationsprozess?

Dohnke, B. (1), Hähnel, H. (2), Müller-Fahrnow, W. (1)

(1) Charité Berlin, (2) MEDIAN Klinik Hoppegarten

Hintergrund

Es liegen zahlreiche Studien zur präoperativen Angst von Patienten, die sich einer Knie- oder Hüftgelenkersatzoperation unterziehen, und deren negativen Folgen für kurz- und langfristige Behandlungsergebnisse vor (Brander et al., 2003; Franchignoni et al., 2002). Dabei wird die Angst der Patienten vornehmlich durch die Art und Weise der (präoperativen) Edukation bzw. Aufklärung beeinflusst (Doering et al., 2000; Giraudet-Le Quintrec et al., 2003).

In der vorgestellten Studie wird angenommen, dass Verängstigung und Verunsicherung nicht ausschließlich im unmittelbaren Kontext der Gelenkersatzoperation besteht. Beispielsweise kommen Patienten insbesondere nach einer Hüftgelenkersatzoperation häufig verängstigt zur Anschlussheilbehandlung, da ihnen zahlreiche Verhaltensempfehlungen gegeben wurden, wie sie das künstliche Gelenk nicht überlasten und eine frühzeitige Gelenklockerung verursachen.

Vor diesem Hintergrund wird untersucht, inwieweit zu Reha-Beginn Angst oder negative Gefühle mit den Verhaltensempfehlungen verbunden sind, ob sich diese Angst während der

Reha verringert und inwieweit sich diese Ängste negativ auf die Reha-Ergebnisse auswirken.

Methodik

An der durchgeführten Längsschnittstudie nahmen 100 Patienten teil, die nach Knie- oder Hüftgelenkersatz in der orthopädischen MEDIAN Klinik Hoppegarten behandelt wurden. Das durchschnittliche Alter betrug 63,7 (\pm 11,5) Jahre, der Anteil Frauen 53 %; bei 40 % lag ein Kniegelenkersatz vor.

Die Datenerfassung erfolgte über Patientenfragebögen zu Reha-Beginn (T1) und Reha-Ende (T2). Ergebnismaße waren funktionelle Einschränkungen und Depressivität (CES-D). Zur Erfassung der Angst wurde Patienten gebeten anzugeben, in welchem Ausmaß sie bestimmte Gefühle hatten, wenn sie an die erhaltenen Verhaltensempfehlungen gedacht haben (1 „überhaupt nicht“ bis 4 „sehr“). Die positive und negative Gefühle wurden aus der PANAS (Krohne et al., 1996) abgeleitet und anschließend die Balance zwischen positive und negative Gefühle (sog. Affektbalance) bestimmt. Aspekte der Patientenaufklärung wurden über verschiedene Beurteilungen erfasst.

Ergebnisse

Zu Reha-Beginn können über einen Mediansplit der Affektbalance zwei Patientengruppen differenziert werden: Patienten, bei denen sich negative und positive Gefühle die Waage halten (geringer Affektbalance), und Patienten, bei denen positive Gefühle deutlich überwiegen (hohe Affektbalance). Beide Gruppen unterscheiden sich nicht im Geschlecht oder dem operierten Gelenk; die Gruppe mit geringer Affektbalance ist tendenziell fünf Jahre älter ($p < .10$).

Über den Behandlungszeitraum hinweg nimmt die Affektbalance signifikant zu; d. h. die Patienten verbinden zu T2 mehr positive bzw. weniger negative Gefühle mit den Verhaltensempfehlungen im Vergleich zu T1.

Die Affektbalance zu T1 und ihre Veränderung haben Vorhersagekraft für die Verringerung der funktionellen Einschränkungen und der Depressivitätswerte während der Rehabilitation: Patienten mit einer geringen Affektbalance zu T1 und Patienten, deren Affektbalance zunimmt, erfuhren größere Verringerungen funktionaler Einschränkungen und Depressivitätswerte.

Der Vergleich der Patienten mit geringer und hoher Affektbalance zu T1 gibt Hinweise darauf, was die negativen Gefühle erklärt: Patienten mit geringer Affektbalance haben stärkere Schmerzen, höhere Depressivitätswerte, geringere Selbstwirksamkeitserwartungen - jedoch nicht mehr funktionelle Einschränkungen. Sie beurteilen verschiedene Behandlungsmaßnahmen ähnlich nützlich, allerdings beurteilen sie die Aufklärung im Akutkrankenhaus negativer.

Patienten, deren Affektbalance während der Reha nicht zunimmt, beurteilen die Aufklärung in der Rehabilitationsklinik zu T2 negativer als Patienten, deren Affektbalance zunimmt.

Diskussion

Als Erklärung der negativen Effekt von Verunsicherungen in Verbindung mit Verhaltensempfehlungen nach einer Gelenkoperation auf die Reha-Ergebnisse wird geringe Selbstwirksamkeit und selteneres Eigentraining diskutiert.

Schlussfolgerungen, Ausblick

Die im Kontext einer Gelenkoperation gegebenen Verhaltensempfehlungen lösen durchaus auch negative Gefühle bei den Patienten aus. Diese Verängstigung stellt einen Risikofaktor für die Reha-Ergebnisse dar. Eine umfassende Aufklärung und Patientenschulung sowohl vor als auch während der Reha kann den Patienten Ängste nehmen.

Literatur

- Brander, V.A., Stulberg, S.D., Adams, A.D., Harden, R.N., Bruehl, S., Stanos, S.P. et al. (2003): Predicting total knee replacement pain: a prospective, observational study. *Clin Orthop* (416), 27-36.
- Doering, S., Katzberger, F., Rumpold, G., Roessler, S., Hofstoetter, B., Schatz, D.S. et al. (2000): Videotape preparation of patients before hip replacement surgery reduces stress. *Psychosom Med*, 62(3), 365-373.
- Franchignoni, F., Ottonello, M., Benevolo, E., Tesio, L. (2002): Satisfaction with hospital rehabilitation: is it related to life satisfaction, functional status, age or education? *J Rehabil Med* 34(3), 105-108.
- Giraudet-Le Quintrec, J.S., Coste, J., Vastel, L., Pacault, V., Jeanne, L., Lamas, J. P. et al. (2003): Positive effect of patient education for hip surgery: a randomized trial. *Clin Orthop* (414), 112-120.
- Krohne, H.W., Egloff, B., Kohlmann, C.W., Tausch, A. (1996): Untersuchungen mit einer deutschen Version der "Positive and Negative Affect Schedule" (PANAS). *Diagnostica*, 42(2), 139-156.

Langzeitbetrachtung von Patienten mit Spondylitis ankylosans nach (wiederholter) Radonstollentherapie im Rahmen der stationären Rehabilitation - 12-Jahres-Follow-up einer kontrollierten prospektiven Studie -

Lind-Albrecht, G. (1), Rotheimer-Hering, S. (2)

(1) Gasteiner Heilstollen, Bad Gastein, Österreich, (2) Karl Aschoff Klinik, Bad Kreuznach

Einleitung

Der mittelfristige Zusatzeffekt der Radonstollentherapie im Rahmen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei M. Bechterew wurde bisher anhand mehrerer kontrollierter Studien (Falkenbach, 1999; Lind-Albrecht, 1998; van Tubergen, 2001) aufgezeigt: anhaltende Schmerzlinderung mit konsekutiver Medikamenteneinsparung (9-12 Monate nach der Reha-Entlassung). Über langfristige therapeutische Effekte durch wiederholte Radonstollenanwendung wissen wir noch immer zu wenig.

Material und Methode

Kontrollierte (teilweise randomisierte) Studie mit 262 Patientinnen und Patienten. mit sicherer Spondylitis ankylosans (New York-Krit.) und mindestens mittelstarken Schmerzen bei T0 (= Rekrutierungsphase 1990-1992 bei Reha-Aufnahme in die Karl-Aschoff-Klinik, Bad Kreuznach). (Über Phase I = Messung bei Entlassung sowie Befragung 3, 6, 9 und 12 Monate später sowie Phase II = Befragung und Messung der mehrfachen Reha-Wiederholer in der Karl-Aschoff-Klinik wurde berichtet.)

Phase III: Schriftliches Langzeit-Follow-up nach 12 Jahren im Sinne einer Endpunkt-Analyse: Vergleich T0 zu T-end.

Zielvariablen: Schmerzsituation, Medikamentenverbrauch (NSAR), Funktionsstatus, psychisches Befinden.

Messinstrumente: Visuelle Analogskala, revidierte mehrdimensionale Schmerzskala, Medikamenten-Einnahme (NSAR), Skala Befu und BASFI für Funktionsstatus, Skala Vitale Erschöpfung aus IRES.

Methodische Probleme: Adressenrecherche nach 12 Jahren nur bei 230 Patienten positiv, davon 30 unsicher. Rücklauf: 108 von 230 angeschriebenen Probanden (<50 %) Reha-Wiederholungen in unterschiedlichen Zeit-Abständen. Bei 13 Probanden keine erneute Reha-Maßnahme seit T0, bei 50 Probanden Reha-Wiederholungen in anderen Kliniken, bei 51 Probanden Reha-Wiederholungen teils mit und teils ohne Radonstollentherapie. Radongruppe neudefiniert: mehr als die Hälfte der zwischenzeitlich durchgeführten Reha-Behandlungen mit Radonstollentherapie (n=49).

Kontrollgruppe neudefiniert: Weniger als die Hälfte der zwischenzeitlich durchgeführten Reha-Maßnahmen mit Radonstollentherapie (n=51), bei Gleichstand keine Gruppenzuordnung (n=8), Gruppenwechsler seit T0 (n=18).

Ergebnis

Die 100 Probanden (m:w = 2:1, mittleres Alter bei T-end 56 Jahre, mittlere Krankheitsdauer 32 Jahre) hatten im Laufe der 12 Beobachtungsjahre durchschnittlich je 5,6 Reha-Maßnahmen erhalten.

Es zeigte sich im Funktionsstatus und im psychischen Befinden nach 12 Jahren kein Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Radongruppe und auch kein Unterschied zum jeweiligen gruppeneigenen Anfangswert bei T0.

Die Schmerzsituation ist nach 12 Jahren zwar in beiden Gruppen rückläufig im Vergleich zu T0, innerhalb der Radongruppe aber sichtbar stärker rückläufig (und mit höherem Signifikanzniveau: $p < .001$) als innerhalb der Kontrollgruppe ($p < .05$).

Der Medikamentenverbrauch an NSAR ist in der Kontrollgruppe nicht zurückgegangen im Vergleich zu T0, in der Radongruppe jedoch signifikant ($p < .05$) geringer als bei T0. In der Kontrollgruppe beträgt die prozentuale Verminderung der NSAR-Einnahme im Vergleich zu T0 etwa 6 %, in der Radongruppe etwa 18%.

Die Anzahl der Patienten, die in den letzten 4 Wochen ganz ohne Schmerzmittel auskamen, ist in beiden Gruppen gestiegen, in der Kontrollgruppe von 24 % bei T0 auf 29 % bei T-end, in der Radongruppe von 16 % bei T0 auf 36 % bei T-end.

Umgekehrt hat der Anteil der Patienten, die täglich ein NSAR eingenommen haben, in der Kontrollgruppe von 42 % bei T0 auf 39 % bei T-end etwas abgenommen, in der Radongruppe von 50 % bei T0 auf 31 % bei T-end aber wesentlich stärker. Diese Unterschiede sind im Chi-Quadrat-Test hochsignifikant ($p < .0001$).

Die zusätzliche Auswertung aller Rückantworten nach dem Matched Pairs Verfahren zeigt, dass Patienten, die häufige Reha-Wiederholungen mit Radonstollentherapie durchgeführt haben, im Vergleich zu T0 mehr Medikamente einsparen als Patienten, die zwar gleich viele Reha-Wiederholungen hatten, diese aber sämtlich ohne Radonstollentherapie.

Zusammenfassung: Wiederholte zusätzliche Radonstollentherapie im Rahmen von regelmäßigen Reha-Wiederholungen erbringt bei Patienten mit M. Bechterew (Spondylitis ankylosans) offensichtlich eine langfristige Schmerzlinderung mit reduziertem Verbrauch an NSAR. Je stärker die Reha-Bedürftigkeit, umso effektiver scheint die zusätzliche Radontherapie zu sein.

Literatur

- Falkenbach, A. et al. (1999): Klinische Studien zur Wirksamkeit der Radonthermalstollen-Behandlung bei M. Bechterew; in Deetjen und Falkenbach (Hrsg): Radon und Gesundheit - Radon and Health, Frankfurt: Peter Lang, 111-129.
- Lind-Albrecht, G., Droste, U. (1998): Radon-Inhalation-Therapy in the Treatment of Ankylosing Spondylitis within In-Patient Rehabilitation; 6th European Congress on Research in Rehabilitation, DRV-Schriften, Band 10: 667.
- van Tubergen, A., et al. (2001): Combined spa exercise therapy is effective in ankylosing spondylitis patients : a randomised controlled trial. Arthritis Rheum; 45(5):430-8.

Medizinische Rehabilitation bei rheumatoider Arthritis: Erfahrungen und Ergebnisse des Rekrutierungs- und Screeningverfahrens

Schlademann, S., Hüppe, A., Raspe, H.H.

Institut für Sozialmedizin, Lübeck

Hintergrund

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist die häufigste und kostspieligste der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Ihre Inzidenz unter berufstätigen Erwachsenen liegt um 25 Fälle pro 100 000 und Jahr, ihre Punktprävalenz um 0.8 %. Für sie ist in Deutschland generell eine Unterbehandlung festzustellen; dies gilt auch für ihre rehabilitative Versorgung. Klinische Studien, Übersichtsarbeiten und Evidenz-basierte Leitlinien aus dem Ausland legen die Hypothese des Nutzens einer multidisziplinär-multimodalen Intervention nahe, wie sie bei uns vor allem in Rheumafachkliniken durchgeführt wird. In einem randomisiert-kontrollierten Design wird die Effektivität einer multidisziplinären medizinischen stationären Rehabilitationsmaßnahme bei rheumatoider Arthritis untersucht. Sekundär kann die Möglichkeit der Teilnehmerrekrutierung über Datenbanken der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) geprüft werden. Das Projekt wird im Schwerpunkt „Versorgungsforschung“ vom BMBF und von der GKV gefördert. Der vorliegende Bericht reflektiert Erfahrungen des Rekrutierungs- und Screeningverfahrens.

Methodik

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte über Datenbestände der kooperierenden Krankenkassen anhand definierter Suchkriterien (z.B. ausgewählte Medikamente, ICD-10-Ziffern M05/M06/M13/M79 von AU- und Krankenhausentlassungsdiagnosen). In einer Screeningbefragung mit nachgeschaltetem Expertenurteil wurden alle identifizierten Versicherten auf die Erfüllung der Einschluss- inklusive der RA-Klassifikationskriterien des American College of Rheumatology (ACR; Arnett et al., 1988) hin überprüft. Eingeschlossen wurden erwerbstätige Pflichtversicherte der kooperierenden Kranken- und Rentenversicherungen zwischen 20 und 62 Jahren, die laut kriteriengestütztem Expertenurteil an RA leiden und in den vergangenen vier Jahren keine Rehabilitationsmaßnahme erhalten hatten. Der anschließenden Ausgangslagemessung zum subjektiven Gesundheitszustand (z.B. SF-36, FFbH-RA) folgt die Randomisierung der Teilnehmer in IG (Beratungsgespräch bei der Krankenkasse in Bezug auf stationäre medizinische Reha) bzw. KG (usual care). Zwölf Monate nach der Ausgangslagemessung erfolgt ein Follow-Up. Primäre Outcomes sind AU-Tage und AU-Dauer (Datenübermittlung durch GKV).

Ergebnisse

Innerhalb und zwischen den beteiligten Krankenkassen aufgetretene Probleme bei der Datenschutzabklärung zum Rekrutierungsverfahren verzögerten den Projektbeginn erheblich. Über Datenbestände der sechs kooperierenden Krankenkassen wurden insgesamt $n=2.200$ Versicherte identifiziert (68.2 % Frauen; Mai-Juni 2004) und zur Screeningbefragung angeschrieben (Juli-August 2004). Abhängig von der Umsetzbarkeit der vorgegebenen Suchkriterien bei der Datenbankrecherche ergab sich eine Spannweite der identifizierten Versicherten von $n=23$ bis $n=1.131$ Versicherten je Krankenkasse. Die Rücklaufquote (ohne Erinnerungsschreiben) betrug 42.9 % ($n=943$). Die Partizipationsrate der Frauen war signifikant höher als die der Männer (47.3 % bzw. 35.7 %; $p<.001$). Die Teilnehmer waren im Mittel signifikant älter ($M=46.9$ Jahre; $SD= 9.75$) als die Nichtteilnehmer ($M=45.1$ Jahre; $SD= 10.68$; $p<.001$). Die Krankenkassenzugehörigkeit wirkte sich nicht auf die Teilnahmebereitschaft aus ($p=.199$). Von den $n=814$ erwerbstätigen Screeningteilnehmern hatten $n=557$ (68.4 %) in den vergangenen vier Jahren keine Rehabilitationsmaßnahme erhalten. Von diesen erfüllten $n=176$ die Kriterien einer RA (Kombination aus ACR-Kriterien und Expertenurteil) und nehmen an der Ausgangslagemessung teil.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Der Erfolg der Rekrutierung potentieller Studienteilnehmer über Datenbestände der Krankenkassen wies (bedingt durch teilweise erhebliche Probleme der Datenbankorganisation) große Differenzen auf. Abhängig von der Umsetzbarkeit vorgegebener Suchkriterien ist dieser Rekrutierungsweg als begrenzt Erfolg versprechend zu bewerten. Bei Problemen im Zusammenhang mit Datenschutzabklärungen und internen Prozessen der Krankenkassen zeigten sich selten reflektierte Schwierigkeiten der praktischen Versorgungsforschung. 68.4 % ($n=557$) der erwerbstätigen Screeningteilnehmer erhielten in den vergangenen vier Jahren keine Rehabilitationsmaßnahme, was den Verdacht auf rehabilitative Unterversorgung im Bereich der erfassten rheumatischen Erkrankungen erhärtet.

Literatur

Arnett, F.C., Edworthy, S.M., Bloch, D.A. (1988): The American Rheumatism Association 1987 Revised Criteria For The Classification of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*; 31 (3), 315-324.

Leitlinie zur „Medizinischen Rehabilitation von Patientinnen und Patienten im erwerbsfähigen Alter nach lumbaler Bandscheibenoperation“

Schnabel, M., Fischer, J., Sewtz, S.

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaften Universität Witten/Herdecke

Einführung und Hintergrund

Leitlinien erfreuen sich in der Medizin zur Zeit wachsender Relevanz. Dies manifestiert sich unter anderem in den mittlerweile umfangreichen Angeboten an Einrichtungen zur Information, Qualitätssicherung und Verbreitung von Leitlinien, wie z.B. den Angeboten der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ), der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) oder der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM). In diesem Kontext war der Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaften der Universität Witten/Herdecke im Jahre 2001 damit beauftragt worden, eine Leitlinie zur medizinischen Rehabilitation nach lumbaler Bandscheibenoperation zu entwickeln. Ziel war es, eine bestehende Leitlinie aus dem Jahre 1997 den aktuellen Forschungsergebnissen und Entwicklungen anzupassen und sie an den Anforderungen der AWMF auszurichten. Gefördert wurde das Projekt durch den Verein zur Förderung der Rehabilitationswissenschaften e.V. Norderney und dem VDR Frankfurt/M.

Methodik

Die Leitlinie basiert auf einer Kombination aus Struktur- und Prozessanalysen in Rehabilitationskliniken, einer Untersuchung der Patientenversorgung, Interviews mit Experten, sowie einem formellen, interdisziplinären Konsensusverfahren. Begleitet wurde der Gesamtprozess durch eine umfassende Literaturrecherche bezüglich der Forschungsergebnisse im Bereich der Rehabilitation nach lumbaler Bandscheibenoperation. Diese Literaturrecherche wurde durch die Nutzung relevanter Datenbanken (wie z.B. Medline) und die Analyse der Cochrane-Reviews realisiert. Die Struktur- und Prozessanalysen fanden in ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen statt. Mittels der Auswertung von Patientenakten und der Befragung der Klinikleitungen wurden die notwendigen Informationen zusammengestellt. Zudem wurden die Mitarbeiter, die am gesamten Behandlungs- und Therapieprozess beteiligt sind, durch Interviews und Befragungen eingebunden. Zusätzlich fand eine bundesweite Klinikbefragung statt, um mögliche Einflüsse der regionalen Auswahl der o.g. Kliniken zu kontrollieren. Ergänzende, leitfadengestützte Interviews mit externen Experten hatten hauptsächlich die Schnittstellen der Rehabilitation mit der Akutmedizin und der Rehabilitation mit den nachbehandelnden Ärzten zum Thema. Der Konsensusprozess, der die gewonnenen Ergebnisse in der Leitlinie zusammenführte, war streng interdisziplinär ausgerichtet. Neben Orthopäden aus den Rehabilitationskliniken, waren die am Rehabilitationsprozess

beteiligten Professionen über Vertreter der Dachverbände integriert. Zudem wurden auch die Kostenträger einbezogen. Der Konsensusprozess wurde als eine Kombination aus nominalem Gruppenprozess und Delphirunden durchgeführt.

Ergebnisse

Die vorliegende Leitlinie stellt den Rehabilitationsablauf bei bandscheibenoperierten Patienten anhand eines klinischen Algorithmus in 14 Schritten übersichtlich dar. Dabei wurde vor allem Wert auf die Integration der Schnittstellen gelegt, so dass auch die Überleitung von der Akutversorgung in die Rehabilitation und die Übergabe zur Nachsorge in den Gesamtprozess mit eingebunden sind. Die Therapieziele wurden zu sechs typischen Zielen zusammengefasst und tabellarisch den aus Sicht der Experten (bzw. auf Basis der Erkenntnisse aus den recherchierten Forschungsergebnissen) sinnvollen Maßnahmen zur Zielerreichung zugeordnet. Ergänzt wird diese Darstellung durch Hinweise zur Häufigkeit der Anwendungen und, soweit möglich, durch detaillierte Hinweise zur Durchführung (z.B. Gruppe/Einzel, Arten der Krankengymnastik oder der Elektrotherapie) sowie Warnhinweise. Die Leitlinie verweist in einigen Punkten auf andere Leitlinien bzw. Vorgaben. Dies geschieht in Hinblick auf eine möglichst kompakte Darstellung. Als Beispiel seien hier die Strukturvorgaben der Kliniken und die Vorgaben zur Schmerztherapie genannt. Ein Protokoll gemäß den Vorgaben der AWMF bezüglich der Transparenz rundet die Leitlinie ab. Nach Abnahme des Abschlussberichtes durch die Auftraggeber wird die Leitlinie veröffentlicht und auch durch die beteiligten Dachverbände verteilt. Eine Überarbeitung ist für 2006 avisiert. In diesem Rahmen soll auch die Zusammenführung mit den Leitlinienentwicklungen der DGOOC vollzogen werden.

Schlussfolgerungen

Mit dem Konsensbeschluss über die Leitlinie ist es gelungen, in einem bezüglich der Evidenzlage schwierigen Themenbereich eine praktikable und von den beteiligten Professionen akzeptierte Handlungsempfehlung erstellen zu können. Der angewandte Algorithmus ist dabei für viele Indikationsbereiche der Rehabilitation in weiten Teilen übertragbar und bedarf nur der Anpassung themenspezifischer Inhalte. Als Fortsetzung des Programms wird derzeit die Leitlinie in ausgesuchten Kliniken implementiert und die Veränderungen der Strukturen und Prozesse evaluiert. Dabei geht es in erster Linie um die Umsetzung an sich. Es ist nicht unbedingt davon auszugehen, dass messbare medizinische oder psychologische Effekte ermittelt werden können. Dies liegt in der Tatsache begründet, dass die Versorgung in der medizinischen Rehabilitation bandscheibenbedingter Operationen trotz ihrer Maßnahmenvielfalt einen hohen medizinischen Qualitätsstand erreicht hat. Die Leitlinie ist ein Qualitätskorridor, der auch helfen soll, die Bandbreite der verordneten Maßnahmen einzuschränken. Das heißt natürlich nicht, dass in begründeten Fällen von den Vorgaben abgewichen werden kann. Den Kostenträgern bietet sich allerdings eine solide Grundlage für die Bewertung der notwendigen und sinnvollen Maßnahmen zur Rehabilitation der genannten Patientengruppe.

Literatur

Fischer, J., Schnabel, M., Sewtz, S., (2003): Endbericht zum Projekt „Leitlinienentwicklung zur Medizinischen Rehabilitation von Patientinnen und Patienten nach lumbaler Bandscheibenoperation“, Witten. (Internet).

- Krämer, J., (1997): Bandscheibenbedingte Erkrankungen, 4. Aufl., Stuttgart.
- VDR (2000): DRV-Schriften Band 18, Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation, Instrumente und Verfahren, Frankfurt/M.
- Winter, C., (1997): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation: Konsensfähige Leitlinie für die Praxis, Neuwied.
- Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (2001): Supplement 1, Das Leitlinien-Manual der AWMF und ÄZQ, Urban & Fischer.

Was ist für wen realistisch? Zur therapiezielorientierten Erfolgsmessung in der Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz

Schreiber, B. (1), Bandemer-Greulich, U. (1), Bahrke, U. (1), Müller, K. (2), Fikentscher, E. (1).

(1) Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, (2) Praxis f. PRM, Präventionsconsulting

Hintergrund und Fragestellung

Auf die Vielschichtigkeit des Erkrankungsbildes „chronischer Rückenschmerz“ mit heterogener, multifaktorieller Ätiogenese sowie vielfältigsten Kombinationen somatischer, psychologischer und sozialer Befunde, Beschwerden, Komorbiditäten oder Folgeerscheinungen ist vielfach hingewiesen worden. Daraus müssen sich nicht nur Konsequenzen für eine patientenspezifische Therapiegestaltung ergeben, sondern auch für eine realistische Messung des Behandlungserfolgs. Unter diesem Gesichtspunkt soll der Rehabilitationserfolg eines auf individuelle Risikoprofile zugeschnittenen multimodalen Therapieprogramms differenziert erfasst werden.

Methodik

Im Rahmen einer Kontrollgruppenuntersuchung (gefördert vom VDR, FKZ 02508) wird der Rehabilitationserfolg einer Interventionsgruppe (patientenspezifisches Programm, N=145) mit dem einer Kontrollgruppe (herkömmliche Rehabilitation, N=240) verglichen. Dabei wurden die Rehabilitanden anhand der räumlichen und zeitlichen Ausweitung ihrer Symptomatik sowie dem Hinzutreten weiterer körperlicher und psychischer Komorbiditäten in Subgruppen unterteilt (Anlehnung an Raspe et al., 2003) Diesen wurden gruppenspezifische Therapieziele zugewiesen, deren Erreichungsgrad als Erfolgskriterien definiert wurden.

Ergebnisse

Insgesamt 383 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen wurden in die Auswertung einbezogen (LVA-Versicherte, mittleres Alter 46, 60% männlich, mittlere Erkrankungsdauer 9,7 Jahre). Davon wurden 63 (15,2%) der Gruppe mit relativ begrenzter Symptomatik, 215 (51,8%) einer Subgruppe mit mittlerer Beschwerdekplexität und 107 (25,8%) einer Gruppe mit stark ausgeweiteter Symptomatik zugeordnet. Ergebnisse zu den verschiedenen Therapiezielen (Reduktion der Schmerzsymptomatik, Verlauf der Funktionskapazität, Beseitigung von Risikofaktoren, Reduktion der Beschwerdekplexität, Stabilisierung vs Besserung) werden nach diesen Gruppen differenziert dargestellt.

Diskussion

Die drei Subgruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Erreichung verschiedener Therapieziele innerhalb der stationären Rehabilitation. Für Patienten mit abgegrenzter und mittlerer Symptomatik besteht u.E. vordergründig das Therapieziel einer *Reduktion* der Schmerzsymptomatik und *Erhöhung* der Funktionskapazität (FFBH, Arbeitsfähigkeit), wobei sich das patientenspezifische Interventionsprogramm als überlegen erwies. Bei Patienten mit bereits stark ausgeweitetem Erkrankungsbild erscheint eher das Therapieziel der Stabilisierung (i.S. einer Prävention weiterer Ausweitung) bzw. einer Reduktion an Beschwerdekplexität bzw. Risikofaktoren notwendig und realistisch. Auch hier erwies sich die patientenspezifische Behandlung als erfolgreicher gegenüber dem herkömmlichen Rehabilitationsangebot.

Literatur

- Raspe, A., Matthis, C., Heon-Klin, V., Raspe, H., 2003: Chronische Rückenschmerzen: Mehr als Schmerzen im Rücken. Ergebnisse eines regionalen Surveys unter Versicherten einer Landesversicherungsanstalt. *Rehabilitation*, 42, S. 195-203.
- Raspe, H., Mittag, O., Raspe, A., Matthis, C., 2003: Der "Lübecker Algorithmus zur Bestimmung von Rehabilitationsbedarf". *Gesundheitswesen*, 65, S. A19.
- Hasenbring, M., 1992: Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen. Schattauer, Stuttgart.
- Schreiber, B., Bandemer-Greulich, U., Uhlemann, K., Müller, K., Müller-Pfeil, J., Kreutzfeldt, A., Fikentscher, E., Bahrke, U., 2004: Spezifik von Behandlungen: Ist die spezifische Zuweisung ausreichend? Optimierung der Rehabilitationszuweisung bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz. *Rehabilitation*; 43, S. 142 – 152.

Parametrisierung der Sturzgefahr bei Osteoporosepatienten

Schwesig, R. (1), Brandt, J. (2), Hottenrott, K. (1)

(1) Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Sportwissenschaft, (2) Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Physikalische Medizin, Sektion Physikalische und Rehabilitative Medizin

Hintergrund

Für Osteoporosepatienten stellt die sensomotorische Leistungsfähigkeit einen wesentlichen Prädiktor der Sturzgefahr dar. Ältere Menschen mit Störungen der Seh- und Kontrastschärfe geraten erst bei zusätzlicher Störung der Propriozeption aus dem Gleichgewicht (Lord et al., 1991). Die Identifikation sturzgefährdeter Personen (Osteoporosepatienten) und die Reduktion des Sturzrisikos stellen große Herausforderungen in Prävention und Rehabilitation dar (Werle, Zimmer, 1999; Tinetti, 2003).

Fragestellung

Ziel dieser Untersuchung war es, einen validen, reliablen und praktikablen Sturzindex für Osteoporosepatienten zu entwickeln und zu evaluieren.

Methodik

In die Untersuchungsstichprobe wurden 79 Osteoporosepatientinnen im Alter von 47 – 85 Jahren (Durchschnittsalter: $69,6 \pm 7,0$ Jahre) eingeschlossen. Die Probanden wurden ausschließlich aus ortsansässigen Osteoporosesportgruppen rekrutiert (Selektionseffekt). Zur Erfassung und Parametrisierung der Sturzgefahr wurde eine Befragung und posturographische Untersuchung durchgeführt. Die posturographischen Messungen fanden mit dem Interaktiven Balance System (IBS) der Firma Neurodata statt. Das Messsystem erfasst differenziert auf vier Kraftmessplattformen vertikale Kräfte im Vorfuß- und Rückfußbereich. Bei jeder Person wurden acht Messungen in standardisierten Testpositionen mit und ohne visueller Kontrolle durchgeführt. Die Analyse der posturalen Subsysteme (visuell; peripher-vestibulär; somatosensorisch; zentral-cerebellär) erfolgte mittels Frequenzanalyse (FFT).

Statistik

Zur Prüfung von Mittelwertsdifferenzen bei sturzgefährdeten und nichtsturzgefährdeten Osteoporosepatienten fand der T-Test für unabhängige Stichproben Anwendung (Programm: SPSS Version 11.0).

Ergebnisse

61% (n = 48) der befragten Osteoporosepatienten gaben an, sturzgefährdet zu sein. Auf der Grundlage dieser Befragung wurden die Mittelwertsdifferenzen der zwei Gruppen (sturzgefährdet versus nicht sturzgefährdet) varianzanalytisch geprüft, um die posturographischen Parameter zu identifizieren, die zur Sturzprognose geeignet sind. Hierbei erwiesen sich der Stabilitätsindikator (Quotient aus Körperschwankung und Körpergewicht) sowie die Frequenzbereiche der Fourier-Analyse (F 1; F 2-4; F 5-6; F 7-8) als differenzierende Parameter zwischen beiden Gruppen. Aus diesen fünf Variablen wurde ein Sturzindex ermittelt. Zur zweifelsfreien Abklärung der Anteile an der Varianzaufklärung hinsichtlich der abhängigen Variable Sturzindex, wurden die einzelnen Parameter einer linearen Regressionsanalyse (Methode: Einschluss) unterzogen. Die Regressionsanalyse bestätigte die Ergebnisse der Varianzanalyse, wobei insbesondere der Stabilitätsindikator sowie der Frequenzbereich F 5-6 (somatosensorisches System) eine hohe Varianzaufklärung (92 bzw. 88 %) hinsichtlich der abhängigen Variable Sturzindex liefern.

Diskussion

Im Alter nimmt das Niveau der koordinativen (sensomotorischen) Fähigkeiten aufgrund der altersbedingt veränderten bzw. reduzierten afferenten Informationen aus den entsprechenden Sensoren und Rezeptoren (z.B. Muskel- und Gelenkrezeptoren, visuelles und vestibuläres System) ab (Lepers et al., 1997). Cooper (1997) zufolge liegt das Risiko für über 50jährige eine osteoporosebedingte Hüftfraktur zu erleiden zwischen 14 – 18 % (Frauen) bzw. 3 – 6 % (Männer). Die Untersuchungsergebnisse bekräftigen, in Übereinstimmung mit Lord et al. (1991), die exponierte Stellung der Somatosensorik, insbesondere der Propriozeption, für die Haltungs- und Gleichgewichtsregulation bzw. die Sturzprophylaxe.

Schlussfolgerungen / Ausblick

Mit der Entwicklung des Sturzindex gelang es erstmals, die Sturzgefahr mittels eines „harten“ Parameters, der valide und reliabel Auskunft über das Sturzrisiko von Osteoporosepati-

enten gibt, zu parametrisieren. An weiteren Kollektiven (Schwindelpatienten; Cataractpatienten) wird die Validität des Sturzindizes derzeit überprüft.

Literatur

- Cooper, C. (1997): The crippling consequences of fractures and their impact on quality of life. *Am J Med.* 103 (2A), 12–19.
- Lepers, R., Bigard, A.X., Diard, J.P., Gouteyron, J.F., Guezennec, C.Y (1997): Posture control after prolonged exercise. *Eur. J. Appl. Physiol.* 76, 55-61.
- Lord, S.R., Clark, R.D. & Webster, I.W. (1991): Visual acuity and contrast sensitivity in relation to falls in an elderly population. *Age & Aging*, 20, 175–181.
- Tinetti, M.E. (2003): Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med*, 348, 42–49.
- Werle, J., Zimmer, A. (1999): Sturzprophylaxe durch Bewegungssicherheit im Alter: Konzeption und Effektivitätsprüfung eines sensumotorischen Interventionsprogramms bei Osteoporose – Patientinnen. *Z Gerontol Geriat*, 32, 348–357.

Volitionspsychologische Förderung sportlicher Aktivität von Rückenschmerz-Patienten in der medizinischen Rehabilitation

Sudeck, G. (1), Höner, O. (2), Willimczik, K. (1)

(1) Abteilung Sportwissenschaft, Universität Bielefeld, (2) Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Innerhalb der medizinischen Rehabilitation von Rückenschmerzen bildet die Sport- und Bewegungstherapie, für die starke positive Evidenzen aus zahlreichen internationalen Studien vorliegen (vgl. van Tulder et al., 2000), einen etablierten Grundpfeiler multidisziplinär angelegter Rehabilitationsprogramme. So trägt die Sport- und Bewegungstherapie zur körperlichen Aktivierung der Patienten bei und kann physischen und psychosozialen Dekonditionierungsprozessen entgegenwirken. Als Hauptproblem ist allerdings die Fortführung regelmäßiger Bewegungsaktivitäten im Alltag anzusehen. Nur sie aber kann die anzustrebenden langfristigen Rehabilitationserfolge dieser therapeutischen Maßnahme sichern. Daher besteht eine zentrale edukative Aufgabe während der medizinischen Rehabilitation im Aufbau eines bewegungsreichen Lebensstils, bei der die Förderung regelmäßiger Sportaktivitäten eine besondere Relevanz erlangt. Aus einer handlungspsychologischen Perspektive muss hierfür neben dem Teilproblem der Motivierung auf die Initiierung (die eigentliche Umsetzung gesundheitsbezogener Absichten) sowie die Stabilisierung des Verhaltens im Sinne einer Alltagsgewohnheit abgezielt werden (vgl. Sudeck et al., 2004). Neben der Motivation i.e.S., die die Zielauswahl auf Grundlage unterschiedlicher Erwartungen über Handlungskonsequenzen und -kompetenzen umfasst, werden für die Initiierung und Stabilisierung selbstregulatorische Prozesse relevant, die der volitionalen Handlungssteuerung zuzuordnen sind (vgl. auch Fuchs, 2004). So stellen Sudeck et al. (2004) fest, dass die Initiierung regelmäßiger Sportaktivitäten im Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme ganz wesentlich von volitionalen Merkmalen abhängt, vor allem der verhaltensbezogenen Selbstwirksamkeit, der volitionalen Selbstverpflichtung gegenüber der Absichtsrealisierung sowie dem Vorhandensein konkreter Planungskognitionen. In einem Feldexperiment mit N = 110 Rückenschmerz-Patienten wird ein Transfer dieser volitionspsychologischen Erkennt-

nisse in die rehabilitative Praxis vollzogen. Dazu werden volitionale Interventionsformen theoriegeleitet entwickelt und in die Patientenschulung innerhalb stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen integriert. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen wird im Hinblick auf die Stärkung volitionaler Merkmale sowie in Folge dessen auf die Förderung sportlicher Aktivitäten im Anschluss an die stationäre Rehabilitationsphase empirisch überprüft. Zu diesem Zweck werden die Patienten zeitversetzter Kontroll- und Experimentalgruppen zunächst zu Beginn und am Ende einer orthopädischen Rückenschule während ihres Klinikaufenthalts schriftlich befragt. Im dritten Monat nach Entlassung aus der Klinik werden die poststationären Sportaktivitäten der Patienten mittels eines halbstandardisierten Telefoninterviews erfasst. Die Ergebnisse zeigen zunächst, dass eine Stärkung der Absicht für regelmäßige Sportaktivitäten nach der Rehabilitation unabhängig von der Untersuchungsbedingung gelingt. Darauf aufbauend ergeben sich differenzielle Treatmentwirkungen hinsichtlich volitionaler Merkmale sowie den poststationären Sportaktivitäten, die sich im Lichte aktueller Stadienmodelle des Gesundheitsverhaltens (vgl. Sniehotta, Schwarzer, 2003) interpretieren lassen. Für Patienten ohne aktuelle Vorerfahrungen mit sportlichen Aktivitäten (nicht-aktionale Stadien) ergeben sich keine treatmentbedingten Effekte im Hinblick auf die Initiierung regelmäßiger Sportaktivitäten nach der stationären Rehabilitation ($\Phi = 0,06$). Demgegenüber zeigt sich bei den Patienten, die bereits vor der Rehabilitation unregelmäßig oder regelmäßig sportlich aktiv waren (aktionale Stadien), ein hochsignifikanter Effekt ($\Phi = 0,43$), dem ein treatmentbedingter Anstieg der volitionalen Selbstverpflichtung (Entschlossenheit) während der Interventionsphase vorausgeht ($\eta^2 = 0,12$). Somit wird die Entschlossenheit der Patienten gesteigert, nach der Rehabilitation tatsächlich regelmäßig sportlich aktiv zu sein. Entsprechend den theoretischen Annahmen mündet dies in einem höherem Ausmaß sportlicher Aktivitäten nach der stationären Rehabilitation. Die differentiellen Treatmentwirkungen stützen Forderungen nach zielgruppenspezifischen Interventionen, die den unterschiedlichen Motivationslagen der Patienten Rechnung tragen (z.B. Ströbl et al., 2003). Von den hier eingesetzten volitionalen Interventionsformen profitieren insbesondere die Patienten aus den aktionalen Stadien. Für Patienten aus den nicht-aktionalen Stadien scheint eine Weiterentwicklung edukativer Maßnahmen sinnvoll, die noch stärker die individuellen Bedürfnisse, Vorkenntnisse und Kompetenzen berücksichtigt, um auf einen gelungenen Transfer regelmäßiger Sportaktivitäten in den Alltag hinzuwirken. Für derartige Weiterentwicklungen kann ein handlungspsychologisches Rahmenmodell theoretische Orientierungen bieten, die perspektivisch zielgruppenspezifische Interventionen für die Rehabilitationspraxis anregen und theoretisch begründen.

Literatur

- Fuchs, R. (2004): Motivation zum Freizeit- und Gesundheitssport. Erscheint in Strauß, B., Tietjens, M. (Hrsg.), Handbuch Sportpsychologie. Schorndorf: Hofmann.
- Sniehotta, F.F., Schwarzer, R. (2003): Modellierung der Gesundheitsverhaltensänderung. In Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.), Psychologische Gesundheitsförderung, 677-694. Hogrefe: Göttingen.
- Ströbl, V., Reusch, A., Ellgring, H. (2003): Differentielle Motivation zur Durchführung von Entspannungsübungen - Indikation für differentielle Angebote? Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 64, 377-381.
- Sudeck, G., Höner, O., Willimczik, K. (2004): Sportliche Aktivitäten in der kardiologischen Rehabilitation: Motivationale und volitionale Faktoren. In Petermann, F., Ehlebracht-

König, I. (Hrsg.), Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung, 47-61. Regensburg: Roderer.

Tulder, M.W. van, Malmivaara, A., Esmail, R., Koes, B.W. (2000): Exercise therapy for low back pain. A systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group. Spine, 25 (21), 2784-2796.

Multizentrische Outcome-Evaluation des Lipidmanagements in der kardiologischen Rehabilitation - erhebliche Verbesserungen in der letzten Dekade

Müller-Fahrnow, W. (1), Nowossadeck, E. (1), Dohnke, B. (1), Held, K. (2), Karoff, M. (3)

(1) Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung, Charité - Universitätsmedizin Berlin,
(2) DGPR, Koblenz, (3) Klinik Königsfeld, Ennepetal

Hintergrund

Mit der CARO (I)-Studie (1996/97) wurde ein praktikables Indikatorenset entwickelt, das es ermöglicht, die Ergebnisqualität der kardiologischen Rehabilitation abzubilden (Müller-Fahrnow et al., 1999; Spyra et al., 2002). In dieser multizentrischen Beobachtungsstudie mit rund 3.000 Rehabilitanden aus 16 Kliniken konnten erste bundesweite epidemiologische Daten zu den kurz- und mittelfristigen Ergebnissen der kardiologischen Rehabilitation und ihren Determinanten gewonnen werden (Held et al., 1999; Karoff et al., 1999).

Ein wesentlicher Bestandteil der Therapie der koronaren Herzkrankheit (KHK) ist die Lipidsenkung. Einschlägige Leitlinien z. B. der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (Gohlke et al., 2001) empfehlen für die Lipidsenkung einen Zielwert des LDL-Cholesterins von ≤ 100 mg/dl.

CARO I konnte zeigen, dass erhebliche Unterschiede in den Aufnahme- und Entlassungswerten des LDL-Cholesterins sowie der lipidsenkenden Medikation zwischen den Kliniken auftraten (Müller-Fahrnow et al., 1999; Spyra et al., 2002). Zielsetzung der Nachfolgestudie CARO II 2003/04 ist u. a., auf der Basis klinikvergleichender Ergebnisse zur Sekundärprävention ein kontinuierliches Qualitätsmanagement zu implementieren. Zusätzlich sollen aus dem Vergleich von CARO I/II Erkenntnisse zum Entwicklungsstand der kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen gewonnen werden.

Methodik

Die Daten stammen aus den von der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) geförderten multizentrischen Studien CARO I (16 Kliniken, N=2.998) und CARO II (9 Kliniken, N=1.609). Einschlusskriterien waren akuter Myokardinfarkt, Bypassoperation, Ballondilatation, Herzklappenoperation und/oder angiographisch gesicherte KHK.

Ergebnisse

In CARO I konnte das LDL-Cholesterin während der Rehabilitation von durchschnittlich 139,4 auf 115,1 mg/dl reduziert werden. Dabei wiesen kardiochirurgische Patienten zu Reha-Beginn signifikant niedrigere Werte auf als konservativ behandelte (131,1 vs. 148,4 mg/dl, $p < 0,001$). In der Nachfolgestudie haben sowohl operativ wie konservativ behandelte Patienten bereits zu Reha-Beginn im Mittel LDL-Werte nahe dem Zielwert 100 mg/dl (108,2

vs. 104,4 mg/dl, $p < 0,05$). Am Ende der Rehabilitation finden sich durchschnittliche LDL-Werte unterhalb des empfohlenen Zielwertes (86,4 mg/dl). Dennoch sind auf Klinik- wie auf Patientenebene nach wie vor unerwünschte Abweichungen in den Verteilungen der LDL-Werte zu beobachten. So gibt es im Klinikkollektiv eine Klinik, deren Patienten im Mittel mit Werten überhalb des Zielwertes entlassen wurden. Ca. 25 % aller Studienteilnehmer weisen am Reha-Ende LDL-Werte > 100 mg/dl auf.

Diskussion

Die Ergebnisse der Studien CARO I und II zeigen, dass in den letzten Jahren die Leitlinienempfehlungen zunehmend besser umgesetzt wurden. Das betrifft die prärehabilitative kurative Versorgung wie auch die Rehabilitation selbst. Dennoch gibt es nach wie vor unerwünschte Abweichungen von den Leitlinienempfehlungen. Insofern erscheint trotz der beobachteten generellen Verbesserungen von CARO I zu CARO II ein konsequentes und kontinuierliches Qualitätsmanagement weiterhin unverzichtbar.

Literatur

- Gohlke, H., Kübler, W., Mathes, P., Meinertz, T., Schuler, G., Gysan, D.B., Sauer, G. (2001): Empfehlungen zur umfassenden Risikoverringerung mit koronarer Herzkrankheit, Gefäß-erkrankungen und Diabetes. Hrsg. vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Zeitschrift für Kardiologie 90: 148-149.
- Held, K., Karoff, M., Müller-Fahrnow, W., Nowossadeck, E. (1999): CARO - die DGPR-Studie: Ergebnisse der Sekundärprävention. Prävention und Rehabilitation, Jahrgang 11, Nr. 4, 223-225.
- Karoff, M., Held, K., Müller-Fahrnow, W., Grünbeck, P. (1999): CARO - die DGPR-Studie: Klinische Aspekte. Prävention und Rehabilitation, Jahrgang 11, Nr. 4, 221-223.
- Müller-Fahrnow, W., Karoff, M., Held, K., Spyra, K. (1999): CARO - die DGPR-Studie als Instrument eines multizentrischen Qualitätsmanagements (MCQM). Prävention und Rehabilitation, Jahrgang 11, 218-221.
- Spyra, K., Müller-Fahrnow, W., Held, K., Karoff, M., Nowossadeck, E. (2002): Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen eines multizentrischen Qualitätsmanagements in der kardiologischen Rehabilitation; Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 96(1), 31-36.

Wie beeinflusst eine postoperative Anämie nach herzchirurgischem Eingriff das Rehabilitationsergebnis?

Montanus, H. (1), Montanus, U. (1), Hasemann, J. (1), Huth, C. (2)

(1) Postakt- und Rehabilitationszentrum Elbe-Saale Klinik Barby, (2) Herzchir. Klinik, O.-v.-G. Uni Magdeburg

Gerade nach kardio-chirurgischen Eingriffen bestehen postoperativ oft niedrige Serumhämoglobinwerte. Es gilt mittlerweile als erwiesen, dass das Auftransfundieren auf normale Hämoglobinwerte bei kritisch kranken Patienten nicht das Outcome verbessert (Alvarez et al., 2001). Dies konnte auch gezeigt werden für kardiovaskuläre Hochrisikopatienten (Nelson et al., 1993). Es wurde empfohlen, die Grenzwerte für die Indikation einer postop. Transfusion nach kardiochirurgischem Eingriff herabzusetzen (Bracey et al., 1999). Grundlagen

zur Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit von Patienten mit niedrigen postoperativen Hb-Werten nach kardio-chirurgischen Eingriffen fehlen jedoch. Ziel unserer Untersuchung ist die Klärung der Frage, ob eine postoperative Anämie (Hb-Wert < 6,5 mmol/l) eine erfolgreiche Rehabilitationsbehandlung mit deutlicher Rekonditionierung zulässt. Die von uns untersuchte Kohorte umfasst 16 Frauen und 40 Männer: 10 Klappenersatzoperationen, 46 koronare Bypassoperationen, mittleres Lebensalter 58,2 Jahre (55 bis 79 Jahre). Aufnahme zur AHB im Mittel am 12. postoperativen Tag als Direktverlegung, mittlerer Hb-Wert 6,18 mmol/l (minimal 5,65 mmol/l). Die rehabilitationstypischen Behandlungsdaten dieser Patienten wurden verglichen mit denen der im gleichen Zeitraum in unserer Klinik betreuten, gemachten Patienten nach herzchirurgischem Eingriff mit einem Hb-Wert von > 8,5 mmol/l. Bezüglich der Gesamtrehabilitationsdauer bestand in beiden Patientengruppen kein statistisch signifikanter Unterschied (21,4 Tage versus 21,2 Tage in der Vergleichsgruppe). Transfusionsbedürftig während der Rehabilitation war kein Patient. Zweimal traten orthostatische Dysregulation bei Patienten mit Hb-Werten < 6,5 mmol/l während der Rehabilitation auf. Ein vorzeitiger Abbruch der Rehabilitationsbehandlung oder eine Rückverlegung ins Akutkrankenhaus waren in keinem Fall erforderlich. Unabhängig vom Vorliegen eines Diabetes mellitus waren Wundheilungsstörungen nicht mit einem niedrigen Hb-Wert korreliert. Bei sechs Patienten mit niedrigem Hb-Wert wurden Pleuraergüsse über 200ml diagnostiziert, zwei Pleurapunktionen wurden durchgeführt. In keinem Fall handelte es sich hier um einen Hämatothorax. Die Eingliederung in das rehabilitative Trainingsprogramm gelang bei allen Patienten mit niedrigem postoperativen Hb-Wert bereits am ersten Tag. Das Trainingsprogramm wurde bei Patienten mit niedrigem Hb-Wert statistisch signifikant auf einem niedrigeren Belastungsniveau (< 25 Watt in der Ausdauerbelastung über 30 Minuten) durchgeführt und war zu steigern auf eine max. Ausdauerbelastung von im Mittel 55 Watt. Der Durchschnittswert der Patienten mit normalem Hb-Wert betrug am Ende der Rehabilitationsdauer 75 Watt. Die Aufnahme von Patienten mit niedrigem postoperativen Hb-Wert nach herzchirurgischem Eingriff ist ohne zeitliche Verzögerung oder Transfusionsmaßnahmen möglich. Eine adäquate Leistungssteigerung kann bei durchschnittlicher Reha-Dauer erreicht werden, bleibt jedoch im Mittel unter dem Niveau der Patienten mit normalem Hämoglobinwert. Die Rehabilitation für Patienten mit niedrigem Hämoglobinwert kann als effektiv und sicher bezeichnet werden. Durch die Evaluation spezifischer Trainingsmethoden für Patienten mit postoperativer Anämie erscheint eine Verbesserung des Rehabilitationsergebnisses bzgl. der Rekonditionierung möglich und sollte wissenschaftlich geprüft werden.

Literatur

- Alvarz, G., Hébert, P.C., Sthick, S. (200): Debate: Transfusing to normal haemoglobin levels will not improve outcome. *Crit.Care*, 5: 56-63.
- Bracy, A.W., Radovancevic, S., Riggs, S.A., Huston, S., Cozart, H., Vaughn, W.K., Radovancevic, B., McAllister, H.A. Jr., Cooly, D.A. (1999): Lowering haemoglobin threshold for transfusion in coronary artery bypass procedures: effect on patient outcome. *Transfusion*, 39: 1070-1077.
- Nelson, A.H., Fleisher, L.A., Rosenbaum, S.H. (1993): Relationship between postoperative anemia and morbidity in high risk vascular patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*, 21: 860-866.

Psychosoziale und physische Prädiktoren der Rückkehr in den Beruf nach erstem Herzinfarkt. Ergebnisse einer prospektiven Follow-up-Studie 18 Monate nach stationärer Anschlussheilbehandlung

Härtel, U. (1), Gehring, J. (2), Ruf, E. (1), Klein, G. (2)

(1) Ludwig-Maximilians-Universität München, (2) Klinik Höhenried gGmbH der LVA Oberbayern

Hintergrund und Fragestellung

Die Rückkehr in den Beruf und ein möglichst langer Erhalt der Arbeitsfähigkeit gehören zu den zentralen Zielen der kardiologischen Rehabilitation. Die vorliegende Untersuchung analysiert, welche psychosozialen und physischen Faktoren bereits zu Beginn der Rehabilitation nach akutem Herzinfarkt die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit bzw. den längerfristigen Verbleib im Beruf prognostizieren können. Außerdem wurde untersucht, ob für Männer und Frauen die gleichen Einflussfaktoren von Bedeutung sind.

Methoden

Die Ergebnisse basieren auf Daten einer 18-monatigen Follow-up-Studie von 309 Männern und 201 Frauen mit Erstinfarkt oder erstem akuten Koronarsyndrom der Kliniken Höhenried, der LVA-Klinik Bad Wörishofen und der Privatklinik Lauterbacher Mühle in Oberbayern. Untersuchungsmethoden waren standardisierte Patienteninterviews, umfangreiche medizinische Messungen und Fragebogen zum Selbstausfüllen zu Beginn und am Ende einer stationären Anschlussheilbehandlung (AHB). Die Follow-up-Untersuchung 18 Monate nach Entlassung aus der AHB erfolgte mittels standardisierter telefonischer Interviews und Fragebogen zum Selbstausfüllen.

Ergebnisse

Von den 510 Patienten der Basiserhebung konnten nach 18 Monaten 93 % (92 % der Männer, 94 % der Frauen) telefonisch und schriftlich nachbefragt werden. Das Durchschnittsalter der Männer betrug zum Zeitpunkt des Infarktes 55,5 Jahre, der Frauen 61,2 Jahre. Zu Beginn der AHB waren 73 % der Männer und 31 % der Frauen erwerbstätig (einschließlich Teilzeit). Von den erwerbstätigen Männern hatten 40 % innerhalb von 18 Monaten nach Infarkt ihre Berufstätigkeit aufgegeben, von den erwerbstätigen Frauen 44 %. In altersadjustierten und multivariablen Analysen wurde geprüft, welche psychosozialen und physischen Faktoren das Aufgeben der Berufstätigkeit signifikant beeinflusst hatten. Einbezogen wurden die Variablen Ausbildung und berufliche Position (als Indikatoren der sozialen Schicht), der Familienstand, Angst- und Depressionssymptome zu Beginn und am Ende der AHB (gemessen mit HADS), Komorbidität zum Zeitpunkt des Infarkts (z.B. Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Osteoporose), klassische koronare Risikofaktoren (Rauchen, Hypertonie, Hypercholesterinämie, Übergewicht), Schwere des Infarkts, Belastungs-EKG (Watt) und der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand zu Beginn der AHB. Zunächst wurde der (nach Alter adjustierte) Effekt jedes einzelnen Faktors getrennt nach Geschlecht geprüft und anschließend mit Hilfe von multivariablen logistischen Regressionen der nach allen Variablen adjustierte Einfluss. Da die Anzahl der erwerbstätigen Frauen sehr klein war, wurden in ihrem Fall keine umfassenden multivariablen Analysen durchgeführt. Tendenziell war auffal-

lend, dass die in dieser Auswertung einbezogenen Variablen bei Frauen generell eher keinen oder nur geringfügigen Effekt auf das Aufgeben der Erwerbstätigkeit hatte, abgesehen vom Prädiktor Diabetes. Bei Männern hatten (unter Berücksichtigung aller oben genannten Variablen) nach der stufenweisen logistischen Regression die folgenden Faktoren einen statistisch signifikanten Effekt auf das Aufgeben der Erwerbstätigkeit: Alter, berufliche Position, Anzahl chronischer Krankheiten zum Zeitpunkt des Infarkts, auffällige Angstsymptome zu Beginn der AHB und der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand zu Beginn der AHB. Beruflich Selbständige hatten signifikant seltener ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben (OR 0,07; $p < 0,0001$) als alle anderen Berufsgruppen. Zwischen Arbeitern, Beamten und Angestellten gab es nach multivariabler Adjustierung keine signifikanten Unterschiede. Männer mit auffälligen Angstsymptomen hatten signifikant häufiger ihre Berufstätigkeit aufgegeben (OR 5,2; $p < 0,01$), ebenso wie diejenigen mit höherer Komorbidität. Bei den einzelnen chronischen Krankheiten waren es insbesondere Diabetes (OR 3,4; $p < 0,05$) und Arthrose/Gelenkverschleiß (OR 3,4; $p < 0,01$), welche das Aufgeben der Erwerbstätigkeit signifikant beeinflussten. Männer, die ihren Gesundheitszustand zu Beginn der AHB mit sehr gut oder gut einschätzten, hatten ihre Erwerbstätigkeit signifikant seltener aufgegeben als diejenigen, die ihren Gesundheitszustand mit weniger gut oder schlecht beschrieben (OR 0,4; $p < 0,01$). Die Schulbildung, die klassischen koronaren Risikofaktoren, die Schwere des Infarkts und das Belastungs-EKG erwiesen sich zwar zum Teil in den Einzelanalysen als signifikant, verloren aber nach Einbeziehung der übrigen Faktoren an Bedeutung.

Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass bereits zu Beginn der kardiologischen AHB eine Kombination aus psychosozialen und physischen Faktoren zu erkennen ist, die bei Männern das langfristige Verbleiben im Beruf prognostizieren kann. Auffallend war der starke Einfluss von nicht-kardiovaskulären Erkrankungen wie Diabetes oder Gelenkverschleiß, ebenso wie die Bedeutung von Angstsymptomen und der von den Patienten selbst eingeschätzte Gesundheitszustand. Die rechtzeitige Berücksichtigung dieser Faktoren in der kardiologischen Rehabilitation könnte die Rückkehr in den Beruf bzw. die längerfristige Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit begünstigen. Ob die untersuchten Faktoren in gleichem Ausmaß auch für Frauen gelten, konnte aufgrund der geringen Anzahl Frauen, die zum Zeitpunkt des Infarktes noch erwerbstätig waren, nicht ausreichend getestet werden. Tendenziell war zu erkennen, dass das hier angewandte Prädiktionsmodell für Frauen weniger aussagekräftig war als für Männer, obwohl z.B. Diabetes auch bei Frauen das Aufgeben der Erwerbstätigkeit signifikant beeinflusste.

Zur Vorhersage der Rückkehr zur Arbeit nach stationärer kardiologischer Rehabilitation

Dörner, U., Muthny, F.A.

Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Münster

Einführung

Die Rückkehr ins Erwerbsleben stellt neben der Reduktion kardialer Risikofaktoren und der Sekundärprävention eines der wesentlichen Ziele der kardiologischen Rehabilitation dar. Als wichtige Einflussgrößen auf die berufliche Wiedereingliederung werden in der Literatur u. a. das Alter, psychosoziale Variablen wie Depression, soziale Unterstützung, Krankheitsbewältigung und -verständnis sowie die körperliche Belastbarkeit der Patienten (Schott, 1996; Müller-Nordhorn et al., 2003; Soejima et al., 1999; Julkunen und Saarinen, 1994) genannt.

Das Ziel der vorliegenden Studie war u. a. die multivariate Vorhersage der Rückkehr zur Arbeit kardiologischer Rehabilitanden mittels medizinischer und psychosozialer Daten zu Beginn der Reha.

Methodik

Von anfänglich 176 Patienten konnten in einer Längsschnittstudie vollständige Untersuchungsdaten von insgesamt 123 Rehabilitanden nach Herzinfarkt und/oder nach Bypass-OP über drei Messzeitpunkte (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6-Monats-Katamnese) gewonnen werden.

Als Prädiktoren wurden kardiologische Funktionsparameter (Krankheitsdauer, maximale Ergometerleistung, Anzahl betroffener Gefäße, NYHA-Stadium), Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS), Selbstwirksamkeitserwartungen (GEK), Hostilität/Zynismus (Eigenentwicklung) sowie soziale Unterstützung (F-SOZU-K22) erfasst. Weitere Ergebniskriterien neben der beruflichen Wiedereingliederung sechs Monate nach Reha-Ende waren Depression, Angst und Somatisierung (BSI), allgemeiner Gesundheitszustand (IRES-min), Lebens- und Behandlungszufriedenheit.

Ergebnisse

Die Ausgangsstichprobe bestand zum größten Teil aus Männern (89 %), das Alter lag im Mittel bei 53,4 Jahren ($s = 7,1$, Bereich 33-69 Jahre). Die häufigsten Diagnosen waren Zustand nach Herzinfarkt (47 %) und Zustand nach Bypass-Operation (26 %).

Bezogen auf die Gesamtstichprobe zu Reha-Beginn und bei einer Altersobergrenze von ≤ 65 Jahren ergab der Vergleich zwischen Berufsrückkehrern (RTW) und Nicht-Rückkehrern (N-RTW), dass Berufsrückkehrer weniger soziales Coping und mehr „depressive Verarbeitung“ verwendeten und signifikant jünger waren. Bei Begrenzung der Altersobergrenze auf ≤ 60 Jahre verliert das Alter seine Vorhersagefähigkeit. Im logistischen Regressionsmodell zeigen sich dann signifikante Effekte nur für „depressive Verarbeitung“ und „Suche nach sozialer Einbindung“. Keine Unterschiede bestehen zwischen den Gruppen RTW und N-RTW bzgl. Maßen der Lebensqualität.

Diskussion und Schlussfolgerung

Wider Erwarten stand die depressive Verarbeitung in positiver Beziehung zur Berufsrückkehr. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es sich bei der Anfang der Reha erfassten depressiven Verarbeitung eher um den Ausdruck von „Trauerarbeit“ handelt, die über die Konfrontation mit realen Einschränkungen besser zu mittelfristigen Lösungen führt als Verleugnungs- und Dissimulationsprozesse. In bezug auf die Variable „Depression“ zeigten sich wie auch bei den medizinischen Daten keine Unterschiede zwischen RTW und N-RTW.

Sinnvolle Konsequenzen für weitere Forschung und Reha-Alltag könnten Untersuchungen zur Differenzierung von Depression und Trauerarbeit sein und die Förderung der Auseinandersetzung mit Einschränkungen und möglichen Perspektiven in der Gruppenarbeit.

Literatur

- Julkunen, J., Saarinen, T. (1994): Psychosocial predictors of recovery after a myocardial infarction: Development of a comprehensive assessment method. *Irish Journal of Psychology*, 15, 1, 67-83.
- Müller-Nordhorn, J., Gehring, J., Kulig, M., Binting, S., Klein, G., Gohlke, H., Völler, H., Bestehorn, K., Krobot, K.J., Willich, S.N. (2003): Berufliche Wiedereingliederung nach kardiologischer Rehabilitation. *Soz.-Präventivmed.* 48, 370-378.
- Schott, T. (1996): Rehabilitation und die Wiederaufnahme der Arbeit. Weinheim, München: Juventa.
- Soejima, Y., Steptoe, A., Nozoe, S., Tei, C. (1999): Psychosocial and clinical factors predicting resumption of work following acute myocardial infarction in Japanese men. *International Journal of Cardiology*, 72, 39-47.

Psychotherapeutische Behandlung depressiver Störungen in der kardiologischen Rehabilitation - PROTeCD (Psychotherapeutic Resource-Orientated Treatment for Cardiac Patients with Depression)

Barth, J. (1), Paul, J. (1), Härter, M. (2), Bengel, J. (1)

(1) Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie (2) Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik

Hintergrund

Epidemiologische Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen koronarer Herzkrankheit (KHK) und Depression. So ist Depressivität zum einen prospektiv mit einer erhöhten KHK-Morbidität assoziiert (RR=1,64; CI=1,29-2,08, Wulsin et al., 2003). Zum anderen haben Patienten mit einer manifesten koronaren Herzerkrankung (Bypass, Myokardinfarkt) und einer komorbiden depressiven Störung - im Vergleich zu KHK-Patienten ohne eine Depression - ein höheres Risiko, in den auf die Erkrankung folgenden Monaten erneut zu erkranken oder zu versterben (OR=2.61; CI=1.53-4.47, Barth et al., in press). Etwa jeder zehnte Patient in der kardiologischen Rehabilitation leidet unter einer depressiven Störung (Härter & Bengel, 2002). In der psychopharmakologischen Behandlung depressiver Störungen haben sich vor allem selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI, insbesondere Sertralin) als verträglich für KHK-Patienten erwiesen. Eine Wirksamkeitsüberlegenheit gegenüber Placebo

war jedoch nur bei stark depressiven Patienten nachweisbar (Glassman et al., 2002). Nur wenige Studien haben sich bisher mit der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bei depressiven KHK-Patienten beschäftigt (z.B. ENRICHED, 2003). Durch Psychotherapie konnte eine signifikant größere Reduktion der Depressivität in der Interventionsgruppe erreicht werden; die Mortalität war jedoch unabhängig von der erfolgten Intervention. Im deutschen Sprachraum existiert bisher noch keine umfassende kontrollierte klinische Studie zur Behandlung depressiver Störungen in der kardiologischen Rehabilitation.

Fragestellungen und Methodik

Gefördert durch die LVA Baden-Württemberg untersuchte PROTeCD im Rahmen der stationären kardiologischen Rehabilitation die Effektivität einer spezifischen psychotherapeutischen Behandlung für KHK-Patienten mit komorbiden depressiven Störungen. Zu Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes erfolgte ein Screening mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Psychisch belastete KHK-Patienten nahmen an einer Basisuntersuchung und an einem klinisch-diagnostischen Interview teil. Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung (Depression, Dysthymie oder einer depressiven Anpassungsstörung) wurden randomisiert der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten zusätzlich zur Rehabilitations-Standardbehandlung eine verhaltenstherapeutische Behandlung, die individuelle Ressourcen der Patienten förderte, modular aufgebaut war und in ca. sechs Sitzungen durchgeführt wurde. Für Patienten mit mittelgradiger oder schwerer depressiver Symptomatik erfolgte die Empfehlung einer zusätzlichen Medikation mit einem SSRI. Die klinische Bewertung der Effektivität erfolgte durch eine Selbstbeurteilung der Patienten (BDI, HADS) und eine Fremdbeurteilung (BRMS). Messzeitpunkte waren zum Zeitpunkt der Entlassung und sechs Monate nach der stationären Behandlung. Die Auswertung zur Abschätzung der Wirksamkeit erfolgte durch Varianzanalysen mit dem Ausgangswert bei Aufnahme in die Rehabilitation als Co-Variate sowie den Co-Variaten Geschlecht und Alter.

Ergebnisse

Von 5035 in drei Rehabilitationskliniken aufgenommenen Patienten nahmen 29,8 % (1502) an einem Screening teil. Von diesen Patienten erwiesen sich 385 (25,6 %) als psychisch belastet ($HADS \geq 17$). Von diesen wurden nach Prüfung der Einschlusskriterien 159 mit dem Strukturierten Klinischen Interview für Psychische Störungen (SKID) interviewt und 41 Patienten litten unter einer relevanten depressiven Störung und wurden randomisiert. Kein Patient erhielt bisher eine ergänzende psychopharmakologische Behandlung. Patienten der Experimentalgruppe waren bei Entlassung aus der Rehabilitation in der Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung vergleichbar depressiv wie Patienten der Kontrollgruppe (BDI; $F(1, 35) = 0,18$; $p > .90$; HADS; $F(1, 40) = 0,19$; $p > .85$; BRMS; $F(1, 39) = 0,13$; $p > .90$). Nach sechs Monaten waren Patienten der Experimentalgruppe psychisch weniger belastet ($F(1, 21) = 4,461$; $p < .05$) und im Trend weniger depressiv ($F(1, 19) = 2,673$; $p < .15$) als Patienten der Kontrollgruppe.

Diskussion

Die Implementierung der Studie und der Intervention in das Behandlungsangebot war erfolgreich. Nur ein relativ geringer Teil psychisch belasteter Patienten weist depressive Störungen auf. Das zusätzliche Angebot einer Kurzzeitpsychotherapie zeigt kurzfristig keinen addi-

tiven Effekt auf die Depressivität der Patienten, jedoch gibt es Hinweise für eine langfristige Effektivität. Die abschließenden Ergebnisse zur kurzfristigen Wirksamkeit werden im März 2005 vorgelegt.

Literatur

- Barth, J., Schumacher, M., Herrmann-Lingen, C. (in press): Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*.
- Glassman, A.H., O'Connor, C.M., Califf, R.M., Swedberg, K., Schwartz, P., Bigger, J.T., Krishnan, K.R.R., van Zyl, L.T., Finkel, M.S., Landau, C., Shapiro, P.A., Pepine, C.J., Mardekian, J., Harrison, W.H. - the SADHART-Group (2002): Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA*, 288, 701-709.
- Härter, M., Bengel, J. (2002). Psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen - Epidemiologie und Implikationen für die medizinische Rehabilitation und Nachsorge. In B. Strauß (Hg.), *Psychotherapie in der Medizin. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, 23-42. Göttingen: Hogrefe.
- The ENRICHD Investigators (2003): Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: ENRICHD. *JAMA*, 289, 3106-3116.
- Wulsin, L.R. & Bonita, S. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 201-210.

Hat die Rehabilitation eine nachweisbare Wirkung auf die Nachhaltigkeit der Sekundärprävention?

Müller-Fahrnow, W. (1), Nowossadeck, E. (1), Held, K. (2), Karoff, M. (3)

(1) Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung, Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) DGPR Koblenz, (3) Klinik Königsfeld, Ennepetal

Hintergrund

Die umfassende Sekundärprävention von Koronarpatienten in der Langzeitrehabilitation am Wohnort gewinnt in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung an zunehmender Bedeutung. Die Forschung beschränkt sich dabei nicht mehr ausschließlich auf die Teilnahme an Herzgruppen (HG), sondern bezieht sich insbesondere auf die Umsetzung der Therapie-richtlinien (siehe auch die Geschwister-Studie von Baessler et al., 2001). Ob sich die Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitation in Deutschland positiv auf eine nachhaltige und umfassende Sekundärprävention auswirkt, ist bislang nicht hinreichend untersucht, nicht zuletzt weil entsprechende Studien mit dem hierfür notwendigen Design nicht vorliegen. Zumeist fehlt eine Kontrollgruppe mit Koronarpatienten ohne stationäre Rehabilitation, wie z.B. bei Weidenhammer et al., 2002. Ausgehend von den edukativen und motivierenden Aufgaben der kardiologischen Rehabilitation kann die Hypothese aufgestellt werden, dass Rehabilitanden häufiger eine nachhaltige und umfassende Sekundärprävention betreiben als Nichtteilnehmer einer Rehabilitation.

Methodik und Studiendesign

Für die Analyse werden Daten der beiden Studien CARDIS und CARO-I verwendet. Die Studie Cardiolgisches Disease Management (CARDIS) untersucht u.a. Behandlungsprozesse und -ergebnisse von über 500 Koronarkranken. Sie wurde 2001/2003 im Auftrag des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung Norderney in Kooperation mit dem Herzzentrum Wuppertal sowie an den Rehabilitationskliniken Königsfeld, Roderbirken und anderen durchgeführt (Nowossadeck et al., 2004). In die Studie konnten Koronarkranke einbezogen werden, die nach einem akuten Koronareignis entweder eine stationäre Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation absolvierten oder nicht. Die Studie CARO I ist eine multizentrische Studie zur Untersuchung des Cardiac Rehabilitation Outcome, an der ca. 3.000 Rehabilitanden in 16 kardiologischen Rehabilitationskliniken teilgenommen hatten. Sie wurde 1996/1997 im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufferkrankungen durchgeführt (Müller-Fahrnow et al., 1999). Da der koronare Schweregrad und der klinische Verlauf der Koronarerkrankung möglicherweise eine eigenständige Wirkung auf die Sekundärprävention (hier die HG-Teilnahme) hat, werden diese in der empirischen Analyse berücksichtigt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der CARDIS-Studie zeigen, dass Rehabilitanden, die nach einer Akutmaßnahme eine Rehabilitation durchgeführt haben, in signifikant größerem Ausmaß eine nachhaltige Sekundärprävention aufweisen (42 % vs. 17 %, $p < 0,001$). Die Gruppe der Patienten ohne Rehabilitation besteht weitgehend aus Patienten mit ausschließlicher PTCA, was trägerseitigen Regelungen für den Zugang geschuldet ist. Für die CARO-Studie liegen jedoch für alle Rehabilitanden-Gruppen, also auch für Rehabilitanden mit ausschließlicher PTCA ohne Myokardinfarkt oder Bypass-Operation, Daten für die HG-Teilnahme vor. Die Auswertung für die HG-Teilnahme zeigt trotz der hohen Fallzahlen keine signifikanten Unterschiede zwischen Rehabilitanden mit PTCA bzw. ohne Akutereignis und Rehabilitanden mit MI resp. Bypass-OP (vgl. Tabelle). Tabelle: Häufigkeit der HG-Teilnahme

Patientenkategorie	HG nein (%)	HG ja (%)	n
Rehabilitanden mit PTCA/o. Akutereignis	75,7	24,3	103
Rehabilitanden mit MI/KHK-OP	76,0	24,0	2.145
Rehabilitanden insgesamt	76,0	24,0	2.248

Exakter Test nach Fisher: n.s.

Diskussion

Die Ergebnisse beider Studien deuten darauf hin, dass diejenigen Patienten, die eine Rehabilitation durchlaufen haben, in Bezug auf sekundärpräventive Aktivitäten keine Unterschiede zwischen Koronarkranken mit unterschiedlichem Schweregrad und klinischer Verlaufsform aufweisen. Insofern kann die signifikant schlechter ausfallende Sekundärprävention bei den nicht rehabilitierten Koronarkranken mit PTCA aus der CARDIS-Studie als empirischer Beleg für die positive Wirkung der Rehabilitation auf eine nachhaltige und umfassende Sekundärprävention interpretiert werden.

Literatur

- Baessler, A., Fischer, M., Hengstenberg, C., Holmer, S., Hubauer, U., Huf, V., Mell, S., Klein, G., Riegger, G., Schunkert, H. (2001): Die stationäre Rehabilitation verbessert die Umsetzung der Therapierichtlinien zur Sekundärprävention bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung. *Zeitschrift für Kardiologie*, 90: 646-654.
- Müller-Fahrnow, W., Karoff, M., Held, K., Spyra, K. (1999): CARO - die DGPR-Studie als Instrument eines multizentrischen Qualitätsmanagements (MCQM). *Prävention und Rehabilitation*, Jahrgang 11, 218-221.
- Nowossadeck, E., Karoff, M., Mayer-Berger, W., Gülker, H., Müller-Fahrnow, W. (2004): Ambulante Herzgruppen: Versorgungsorganisatorische Barrieren für den Zugang und die persistierende Teilnahme. *Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation*, DRV-Schriften Bd. 52.
- Weidenhammer, W., Holzwarth, R., Wunderlich, S., Melchart, M., Dobos, D. (2002): Effekte einer stationären Rehabilitationsmaßnahme auf Kontrollüberzeugungen und Verhalten der Patienten im Bereich Gesundheit. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 59: 235-243.

Der Einfluss einer intensivierten Reha-Nachsorge nach AHB bei koronarer Herzkrankheit auf Fragen zur Alltagsbewältigung und gesundheitlicher Selbsteinschätzung - Ergebnisse der INKA-Studie²¹

Hahmann, H.W. (1), Wüsten, B. (2), Nuß, B. (1), Muche, R. (3), Rothenbacher, D. (4), Brenner, H. (4)

(1) Klinik Schwabenland Isny-Neutrauchburg, (2) Klinik am Südpark, Bad Nauheim, (3) Abteilung Biometrie und Medizinische Dokumentation, Universität Ulm, (4) Deutsches Zentrum für Altersforschung Universität Heidelberg

Die INKA-Studie

Der Langzeitverlauf der koronaren Herzerkrankung (KHK) lässt sich durch Elimination von Risikofaktoren, Lebensstiländerung sowie durch bestimmte Medikamente verbessern. Bekannt ist, dass die Anschlussheilbehandlung (AHB) Risikofaktoren vermindert sowie die Einnahme prognostisch relevanter Medikamente steigert, allerdings lassen sich die positiven Effekte im Jahresverlauf nicht halten. Ziel der „INKA“ Studie (INtensivierte KArdiologische Nachsorge) war es, zu prüfen, ob sich der Langzeiteffekt der AHB bei Patienten mit KHK durch eine intensiviertete Nachsorge verbessern lässt. Dazu wurden bizenitrisch insgesamt 402 Patienten (Pat.) einer stationären AHB bei KHK (mittleres Alter $56 \pm 7,2$ Jahre, 12 % Frauen,) randomisiert in eine konventionell betreute (203 Pat.) und in eine intensiviert nachbehandelte (199 Pat.) Gruppe eingeteilt. In letzterer wurden vierteljährlich Schulungsseminare mit Befragung und Untersuchung durchgeführt, forciert zur Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe, zu zusätzlichem Ausdauertraining und der Dokumentation von beidem auf einer Therapiekarte aufgefordert. Nach einem Jahr, indem 340 Pat. (85 %) die Studie beendeten, erfolgte eine Nachuntersuchung der Patienten beider Gruppen. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie wurden bereits dargestellt: LDL-Cholesterin lag am Reha-Ende mit $97,8 \pm 28$ mg/dl im Zielbereich und war nach einem Jahr ohne Unterschied zwischen den Gruppen auf $112,3 \pm 29,1$ mg/dl angestiegen. Der systolische Blutdruck stieg von $118,0 \pm 15$ auf $127,1 \pm 16,3$ mmHg an, aber geringer in der Interventionsgruppe (11,2 vs. 6,8 mmHg, $p = 0,02$). Von den 31 Rauchern bei der Nachuntersuchung gehörten 24 (13 %) der konventionellen und nur 7 (4 %) der intensivierten Gruppe an ($p < 0,01$). Die Intervention erhöhte die Behandlungsfrequenz mit prognostisch relevanten Medikamenten (Betablocker 84 % vs. 75 %, ACE-Hemmer 48 % vs. 39 % und CSE-Hemmer 78 % vs. 69 %).

Ergebnisse zur Lebensqualität

Die Patienten wurden unter anderem gebeten, Fragen zur Alltagsbewältigung und gesundheitlichen Selbsteinschätzung zu beantworten. Anhand von zehn Teilfragen konnte jeder Patient dazu Angaben machen, wobei „Ja, stark eingeschränkt“ mit 1 und „Nein, überhaupt nicht eingeschränkt“ mit 3 codiert wurde. Die Spannweite des Score liegt zwischen zehn und 30 Punkten. Am Ende der Reha liegt der Mittelwert für 338 Patienten bei $24,9 \pm 4,1$ Punkten, in der konventionell betreuten Gruppe I bei 24,9, in der intensiviert behandelten Gruppe II bei 23. Während sich die konventionell behandelte Gruppe im Laufe der einjährigen Fol-

²¹ Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie die Deutsche Rentenversicherung (VDR) - Förderkennzeichen 0986 96 04

low up - Periode nur um 0,8 Punkte verbesserte, stieg der Score - Wert in der intensivierten Gruppe um 1,7 Punkte an. Die Patienten wurden auch gebeten, zwölf Teilfragen zur Abschätzung des eigenen Gesundheitszustands zu beantworten. Die Bewertung erfolgte unter Verwendung einer dem Schulnotensystem entsprechenden Skala. Ein Summenwert von 12 entspricht einer guten und ein Wert von 72 einer schlechten Gesundheitseinschätzung. Zu Beginn der Reha liegen die Werte von 331 Patienten vor, die ihren Gesundheitszustand durchschnittlich mit $26,9 \pm 9,2$ Punkten einschätzen. Während der stationären Reha kommt es bei allen Patienten zu einer tendenziellen Verbesserung auf durchschnittlich $24,0 \pm 8,2$. Dieser positive Effekt kann nicht über die Nachbeobachtungszeit aufrechterhalten werden. Während sich die konventionelle Gruppe I im Mittel um $3,1 \pm 7,8$ Punkte verschlechtert, ist die Änderung bei der intensivierten Gruppe mit $1,3 \pm 6,7$ Punkten deutlich geringfügiger.

Schlussfolgerung

Damit scheint der durch das Nachsorgeprogramm erreichte Einfluss auf die Verstetigung von Risiko mindernden Faktoren auch mit einer tendenziellen Verbesserung von Alltagsbewältigung und gesundheitlicher Selbsteinschätzung verbunden zu sein.

Literatur

Hahmann, H.W., Wüsten, B., Nuß, B., Muche, R., Gaus, W., Rothenbacher, D., Brenner, H. (2004): Intensivierte Reha-Nachsorge nach stationärer Anschlussheilbehandlung bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit Die Ergebnisse der INKA-Studie. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Selbstkompetenz, Weg und Ziel der Rehabilitation. 8. bis 10. März 2004, Düsseldorf, DRV-Schriften Bd. 52, Frankfurt/Main, 181-183.

Telefonische Nachsorge bei KoronarpatientInnen: Ergebnisse der Lübecker Nachsorgestudie

China, C. (1), Mittag, O. (1), Hoberg, E. (2), Jürs, E. (3), Kolenda, K.D. (4), Richardt, G. (5), Raspe, H. (1)

(1) Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Lübeck, (2) Compass-Reha-Centrum, Kiel, (3) Sozialstation Eutin/Malente und Bad Schwartau, (4) Ostseeklinik Schönberg-Holm, (5) Segeberger Kliniken GmbH, Bad Segeberg

Hintergrund

Herz-Kreislaufkrankungen sind die mit Abstand häufigste Todesursache in den Industrieländern. Durch einen gesünderen Lebensstil könnte das Fortschreiten der chronischen Koronaren Herzkrankheit (KHK) bei vielen PatientInnen verlangsamt und ein großer Teil der vorzeitigen Todesfälle infolge KHK vermieden werden. In den U.S.A haben sich telefonische Nachsorgeprogramme mit dem Ziel der Reduktion der koronaren Risiken teilweise bewährt.

Ziel der Studie und Methodik

Im Rahmen einer multizentrischen, prospektiven, kontrollierten Studie (RCT) wurden 343 konsekutive PatientInnen, die wegen einer ischämischen Herzkrankheit zur Anschlussrehabilitation in eines der drei beteiligten Zentren kamen, untersucht. Die Intervention umfass-

te regelmäßige, leitfadengestützte telefonische Kontakte mit im Rahmen des Projekts speziell geschultem Pflegepersonal („Studienschwestern“) über einen Zeitraum von 12 Monaten. Ziel war die Senkung des koronaren Risikos insbesondere durch Nichtrauchen, ein der Erkrankung angepasstes körperliches Training, fettarme Ernährung und verbessertes Stressmanagement. Die Kontrollgruppe bekam während dieses Zeitraums sechs allgemein gehaltene schriftliche Informationen zur gesunden Lebensführung (Aufmerksamkeitsplacebo). Erhebungszeitpunkte waren Beginn und Ende der Anschlussrehabilitation sowie das Ende des Nachsorgezeitraums nach 12 Monaten. Endpunkte sind neben einem koronaren Risikoscore (Gesamtcholesterin, HDL, Blutdruck, Diabetes, Rauchen; Grundy, et al., 1999) die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die leitliniengerechte Medikation, berufliche Wiedereingliederung und Ressourcenverbrauch. Die Ergebnisse sollen Hinweise zur Eignung und differentiellen Indikation entsprechender Nachsorgeprogramme in der kardiologischen Rehabilitation und damit zu ihrem gezielten und bedarfsgerechten Einsatz geben.

Ergebnisse

Die Intervention ist für alle teilnehmenden PatientInnen abgeschlossen. Es konnten 297 PatientInnen (86,6 %) nach 12 Monaten abschließend untersucht werden. Die ersten Ergebnisse weisen darauf hin, dass die telefonische Nachsorge zumindest bei den Männern erfolgreich war: Es finden sich statistisch und klinisch bedeutsame Unterschiede im Hauptendpunkt, dem Framingham-Score ($M_I = 5,281$, $SD_I = 2,687$; $M_K = 6,157$, $SD_K = 3,251$; $p = .012$). Für die Frauen lässt sich ein solcher Effekt nicht zeigen. Für die PatientInnen der telefonischen Nachsorge zeigen sich darüber hinaus statistisch signifikant niedrigere Werte für Ängstlichkeit (SCL-90-R). Interventions- und Kontrollgruppe erhalten gleichermaßen eine leitliniengerechte Medikation, zeigen vergleichbare berufliche Wiedereingliederungsraten und unterscheiden sich nur marginal in ihrer Nutzung der Ressourcen des Gesundheitssystems.

Diskussion und Ausblick

Die Umsetzung eines telefonischen Nachsorgeprogramms bei KoronarpatientInnen (AHB) ist gelungen und der Erfolg zumindest für die teilnehmenden Männer unter Studienbedingungen nachgewiesen. Die Erprobung eines solchen Programms unter Alltagsbedingungen und unter Einbeziehung weiterer Indikationsgruppen ist geplant (Transfer). Das irritierende Ergebnis der teilnehmenden Frauen wirft im Zusammenhang mit anderen großen Studien, die ähnliche geschlechtsspezifische Effekte zeigen (Frasure-Smith et al., 1997; Hoberg et al., 2004), die Frage auf, aus welchen Gründen die Frauen nicht in dem Maße wie die Männer profitieren. Da der Anteil der Frauen an der Gesamtstichprobe, wie in der kardiologischen Rehabilitation üblich, gering ist, ist es geplant, die Daten dieser Stichprobe gemeinsam mit den vergleichbaren Befunden der Teilnehmerinnen der HANSA-Studie (Hoberg et al., 2004) auszuwerten, um so ggf. Hinweise auf die Gründe für die unbefriedigenden Ergebnisse der Frauen zu bekommen.

Literatur

Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Prince, R.H., Verrier, P., Garber, R.A., Juneau, M., Wolfson, C., Bourassa, M.G. (1997): Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet*; 350: 473-479.

- Grundy, S.M., Pasternak, R., Greenland, P., Smith, S., Fuster, V. (1999): Assessment of Cardiovascular Risk by Use of Multiple-Risk-Factor Assessment Equations. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation*, 100,1481-1492.
- Hoberg, E., Bestehorn, K., Wegscheider, K., Brauer, H. (2004): Auffrischkurse nach kardiologischer Anschlussrehabilitation (HANSA-Studie). Vortrag auf dem 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium des VDR vom 08.-10.03.04 in Düsseldorf.
- Mittag, O., China, C. (2003b): Ansätze zur telefonischen Nachsorge in der kardiologischen Rehabilitation und die besondere Rolle der Berufsgruppe „Pflege“ im Disease Management. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 61, 6-11.

Bewegungstherapeutische Sekundärprävention nach Koronarereignis im Einjahresverlauf - Ergebnisse der CARDIS-Studie

Nowossadeck, E. (1), Karoff, M. (2), Müller-Fahrnow, W. (1)

(1) Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung, Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) Klinik Königsfeld, Ennepetal

Hintergrund

Körperliche Aktivität ist ein wirksamer Bestandteil in der Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit (Halle et al., 2003). In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie wird regelmäßiges aerobes Ausdauertraining zur Behandlung der koronaren Herzerkrankung empfohlen (Dietz und Rauch, 2001). Gezielten körperlichen Aktivitäten kommt deshalb auch in Herzgruppen (HG) als institutionalisierter langfristiger Rehabilitation am Wohnort eine zentrale Bedeutung zu (DGPR, 2004). Trotz vielfältiger positiver Wirkungen ist die Teilnahmequote an Herzgruppen mit ca. 30 % der Rehabilitanden vergleichsweise niedrig. Befragt nach den Gründen für die Nichtteilnahme geben Patienten am häufigsten eigene körperliche Aktivität außerhalb von HG an (Nowossadeck et al., 2004).

Mit der vorliegenden Analyse wird der Frage nachgegangen, ob und wie die Empfehlungen zur bewegungstherapeutischen Sekundärprävention von Patienten nach akutem Koronarereignis in und außerhalb von HG umgesetzt werden.

Methodik

Die analysierten Daten stammen aus der Studie Cardiolgisches Disease Management (CARDIS), die u. a. Behandlungsprozesse und -ergebnisse von über 500 Koronarkranken untersucht. Sie wurde im Auftrag des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung Norderney in Kooperation mit dem Herzzentrum Wuppertal sowie an den Rehabilitationskliniken Königsfeld, Roderbirken und anderen durchgeführt. In die Analyse einbezogen werden neben diagnostischen Daten aus der Phase der Akutbehandlung Katamneseangaben der Studienteilnehmer. Die Rücklaufquoten der schriftlichen 6- und 12-Monatskatamnesebefragungen betragen etwa 70 %.

Ergebnisse

Die HG-Teilnahme betrug 6 Monate nach Rehabilitation 26 %, 12 Monaten danach 24 %. Der von Nichtteilnehmern am häufigsten genannte Grund für ihre Entscheidung gegen die

HG-Teilnahme war die „selbständige ausreichende körperliche Aktivität“ (6 Monate nach Rehabilitation: 43 % , 12 Monate: 49 % der HG-Nichtteilnehmer).

Etwa ein Drittel aller Studienteilnehmer berichtete von sportlichen Aktivitäten bereits vor dem koronaren Akutereignis, in der 12-Monatskatamnese gaben 72 % der Probanden an, in oder außerhalb von HG körperlich aktiv zu sein. Hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und des Interventionsstatus waren in der 12-Monatskatamnese keine signifikanten Unterschiede festzustellen.

Die am häufigsten berichtete Aktivität war Spaziergehen, Wandern (68 %), gefolgt von Radfahren/Ergometertraining (47 %) Gymnastik, Turnen (36 %) sowie anderen Ausdauersportarten wie Joggen, Schwimmen etc. (26 %).

Von mehr als 2 Stunden wöchentlicher Sportdauer berichteten 53 % der körperlich Aktiven, von 4 Stunden oder mehr 38 %.

Ausdauersport (wie Radfahren, Joggen usw.) mit einer wöchentlichen Dauer von mindestens 2 Stunden wurde von etwa 20 % derjenigen Probanden mitgeteilt, die im Fragebogen Zeitdauern angegeben hatten. Dabei war es ohne Bedeutung, ob die Patienten Teilnehmer einer HG waren oder nicht.

Diskussion

Etwa ein Drittel aller Koronarpatienten ist 12 Monate nach koronarem Akutereignis nicht körperlich aktiv. Von den körperlich Aktiven wird Wandern/Spaziergehen am häufigsten genannt.

Die in Leitlinien empfohlenen minimalen wöchentlichen Umfänge sportlicher Ausdaueraktivitäten (mindestens 2 Std./Woche) werden somit nur von ca. einem Fünftel der Patienten erreicht. Auch von HG-Teilnehmern wird diese Empfehlung nur unzureichend umgesetzt. Das bedeutet, dass die sportlichen Aktivitäten der meisten HG-Teilnehmer innerhalb der HG nicht ausreichend sind, sondern von erforderlichen zusätzlichen Aktivitäten begleitet werden müssen.

Literatur

- DGPR, Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (2004): Herzgruppe. Positionspapier, Koblenz.
- Dietz, R., Rauch, B. (2003): Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der DGK, DGPR und DGTHG. Zeitschrift für Kardiologie 92: 501-521.
- Halle, M., Berg, A., Hasenfuss, G. (2003): Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung. Körperliches Training als Therapiepeiler. Deutsches Ärzteblatt; 100: A 2650-2656 [Heft 41].
- Nowossadeck, E., Karoff, M., Mayer-Berger, W., Gülker, H., Müller-Fahrnow, W. (2004): Ambulante Herzgruppen: Versorgungsorganisatorische Barrieren für den Zugang und die persistierende Teilnahme. In: Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation, DRV-Schriften Bd. 52.

Ein neues Motivationsprogramm zur Lebensstiländerung im perioperativen Zeitraum der Herzbybassoperation – eine empirische Überprüfung

Krannich, J.H. (1), Weyers, P. (2), Lueger, S. (3), Schimmer, C. (1), Faller, H. (4), Deeg, P. (3), Elert, O. (1)

(1) Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie der Universität Würzburg, (2) Psychologisches Institut der Universität Würzburg, (3) Deegenbergklinik Bad Kissingen, (4) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg

Die Stenosierungsrate von Venenbypässen beträgt in den USA im ersten Jahr nach der Herzbybassoperation 12 %-20 % und nach 10 Jahren 41 %-50 % (Zellweger et al., 2001). Ca. jede 13. Herzoperation in Deutschland ist ein Wiederholungseingriff (Kalmár & Irrgang, 2000). Diese Eingriffe sind aufgrund der Progredienz arteriosklerotischer Veränderungen in den nativen Gefäßen und den Bypässen notwendig. Arteriosklerose wird wiederum zu einem erheblichen Anteil von einem ungünstigen Lebensstil verursacht, wie z.B. Nikotinkonsum, unausgewogene Ernährung und mangelnde körperliche Aktivität. Eine Lebensstiländerung ist eine unabdingbare Voraussetzung, um diese Risikoverhaltensweisen erfolgreich und andauernd zu beeinflussen. Diese ist wiederum zu einem sehr großen Anteil von der Eigenmotivation der Patienten abhängig. Die Aufgabe der sekundären Prävention der koronaren Herzkrankheit (KHK) wird in Deutschland von der stationären kardiologischen Rehabilitation erfüllt, die sich an die Akutbehandlung anschließt. Inhalt dieser Maßnahme ist es unter anderem, krankheitsspezifisches Wissen zu vermitteln und die Motivation zur Lebensstiländerung zu erhöhen. Im Akutkrankenhaus stehen hingegen die medizinische Versorgung und die körperliche Erholung im Vordergrund. Es erfolgen jedoch weder eine standardisierte Wissensvermittlung noch Maßnahmen zur Erhöhung der Motivation zur Lebensstiländerung. Aufgrund unsystematischer Einzelfallbeobachtungen kann man aber davon ausgehen, dass der perioperative Zeitraum eine besonders vulnerable Phase zur Erhöhung der Motivation zur Lebensstiländerung darstellt. Es sollte daher ein spezielles Programm geschaffen und in den Versorgungsverlauf integriert werden. Der Untersuchung lagen folgende Fragestellungen zugrunde:

Verändert sich die Motivation zur Lebensstiländerung im perioperativen Zeitraum der Herzbybassoperation?

Wie wirkt sich ein spezielles Motivationsprogramm zur Lebensstiländerung auf die Motivation aus?

Zur Messung der Motivation zur Lebensstiländerung wurde ein 30-Item Fragebogen auf Grundlage des „Sozialkognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns“ von Schwarzer (1992) mit den sechs Subtests Vulnerabilität (Merkmale zur Entstehung der KHK vorhanden), soziale Erwartungen (Erwartungen wichtiger Personen), spezifische Kompetenzerwartungen (Fähigkeit zu gesundheitlichem Handeln), spezifische Konsequenzerwartungen (Folgen gesundheitlichen Handelns), Intention (Absicht zu gesundheitlichem Handeln) und wahrgenommener Schweregrad (Einschätzung der Erkrankung) entwickelt und eingesetzt. Das entwickelte Motivationsprogramm zur Lebensstiländerung wird von einem Diplompsychologen durchgeführt. In einem ersten Schritt werden vor der Herzbybassoperation stan-

standardisiert Informationen gesammelt, aufgrund derer das individuelle Risikofaktorenprofil des Patienten erstellt werden kann (Ernährungsgewohnheiten, Ausmaß körperlicher Aktivitäten, Lipoproteinprofil, Vorhandensein von Depressionen etc.). Diese Informationen dienen dazu, ein Ist–Soll–Wert-Modell aufzustellen. Der Patient erfährt, welche Ursachen wahrscheinlich zur Entstehung der KHK bei ihm persönlich beigetragen haben, wie die Idealwerte für die verschiedenen Risikofaktoren sind und wie diese Risikofaktoren positiv durch Verhaltensänderung beeinflusst werden können. Das persönliche Gespräch und die Darlegung der Werte dienen neben der reinen Informationsvermittlung auch dazu, das Bewusstsein für die Eigenverantwortung für die Gesundheit zu erhöhen. Zusätzlich haben die Patienten die Möglichkeit, in einem Patientenseminar generelle Informationen über die KHK zu erlangen. So weit wie möglich wird versucht, das soziale Umfeld mit einzubeziehen. 70 Patienten nahmen nach einer Herzbybypassoperation am Motivationsprogramm teil. Als Kontrollgruppe dienten 70 Patienten, die sich ebenfalls einer Herzbybypassoperation unterziehen mussten und die vor der Implementierung der Intervention untersucht worden waren (Zeitstichprobe). Die Motivation zur Lebensstiländerung wurde 2 Tage vor und 10 Tage nach der Herzbybypassoperation gemessen, so dass ein 2 x 2 faktorielles Design verwendet wurde (Teilnahme Motivationsprogramm x Messzeitpunkt). Es zeigte sich, dass in der Kontrollgruppe die Motivation absank und in der Interventionsgruppe zunahm (signifikanter Interaktionseffekt). Kooperierende Rehabilitationseinrichtungen beschreiben die durch das Motivationsprogramm vorbehandelten Patienten als informierter und besser auf ihre Reha vorbereitet. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Motivation zur Lebensstiländerung ohne spezifische Intervention tatsächlich hypothesenkonform im perioperativen Zeitraum absinkt und dass ein spezielles Motivationsprogramm diese Verringerung aufhalten und umkehren kann. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde das beschriebene Motivationsprogramm zur Lebensstiländerung in die allgemeine Versorgung der Herzbybypasspatienten in unserer Klinik übernommen.

Literatur

- Kalmár, P., Irrgang, E. (2000): Cardiac surgery in Germany during 2000. *Thorac Cardiovasc Surg*, 48, 281-290.
- Schwarzer, R. (1992): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Hogrefe: Göttingen.
- Zellweger, M.J., Lewin, H.C., Lai, S., Dubois, E.A., Friedman, J.D., Germano, G., Kang, X., Sharir, T., Berman, D.S. (2001): When to stress patients after coronary artery bypass surgery? *J Am Coll Cardiol*, 37, 144-152.

Sechsmonatiges kontrolliertes Teletraining in der Phase III der kardiologischen Rehabilitation verbessert die Belastbarkeit, die Motivation und die Compliance auch nach einem Jahr

Gerling, J. (1), Haase, I. (2)

(1) Fachklinik Herzogenaurach, (2) Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen

Hintergrund und Zweck

Um Koronarpatienten die Möglichkeit zu geben, ihren in der Rehabilitationsklinik erworbenen Konditionszustand nach Entlassung zu erhalten bzw. weiter zu verbessern, wurde mit dem „Kardio-Assistenten“ ein spezielles Teletrainingssystem entwickelt. Ziel war es, den Patienten zuhause auf einem Fahrradergometer weiter trainieren zu lassen und einen individuellen Therapieplan via Computer zu übermitteln, zu überwachen und regelmäßig zu aktualisieren. Die ersten Erfahrungen hinsichtlich Praktikabilität, Akzeptanz sowie Einfluss auf Belastbarkeit, Risikofaktoren und Einhaltung der Medikation waren positiv (Gerling et al., 2003; Gerling, Haase, 2004). Es gilt nun, zu fragen, inwieweit die positiven Effekte nach Beendigung der regelmäßigen Kontakte zwischen Patient und Klinik erhalten bleiben.

Methodik

Neun Männer und eine Frau (47 bis 75 Jahre) mit gesicherter koronarer Herzerkrankung erhielten unter Berücksichtigung bestimmter Ein- und Ausschlusskriterien vor Entlassung aus stationärer Rehabilitation eine Einweisung in das computergestützte Trainingssystem, das anschließend beim Rehabilitanden zu Hause installiert wurde. Die Trainingsdaten wurden kontinuierlich überprüft und entsprechend angepasst. In den ersten drei Monaten erhielten die Patienten ein Feedback pro Woche durch die verantwortlichen Ärzte und Therapeuten der Fachklinik, in den Monaten vier bis sechs nur noch eine Rückmeldung monatlich. Ab dem siebten Monat trainierten die Patienten ohne Rückmeldung aus der Klinik. Ausführliche ärztliche Untersuchungen fanden während der Reha, drei, sechs und zwölf Monate danach statt.

Ergebnisse

Das häusliche Teletraining mit Rückmeldung durch den Therapeuten wurde von allen Studienteilnehmern während des Betreuungszeitraums kontinuierlich genutzt. Die maximale Belastbarkeit (Watt in % der Altersnorm) steigerte sich in den ersten drei Monaten von durchschnittlich 88 % auf 133 % und blieb bis zum Ende des Beobachtungszeitraums von einem Jahr mit 130 % stabil. Auch hinsichtlich des Blutdrucks, der Cholesterinwerte und der Einhaltung der Medikation (entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie) konnten die positiven Reha-Ergebnisse weitgehend stabilisiert werden.

Diskussion und Schlussfolgerung

Das hier untersuchte ambulante kontrollierte Teletraining über sechs Monate nach Entlassung aus stationärer kardiologischer Rehabilitation zeigt bei KHK-Patienten auch nach einem Jahr, dass sie ihren in der Rehabilitationsklinik erworbenen Konditionszustand erhalten bzw. weiter verbessern. Auch die Entwicklung der Zielparameter Risikofaktoren und Medikamenten-Compliance verläuft positiv. Angesichts der enttäuschenden Ergebnisse der EUROASPIRE-Studien I (1997) und II (2001) eröffnet sich durch ein ambulantes, überwachtetes Teletraining mit dem „Kardio-Assistenten“ die Chance, auch ein Jahr nach stationärer Rehabilitation die Leitlinien in der Sekundärprävention Koronarkranker besser einhalten zu können.

Literatur

- Euroaspire Study Group (1997): Euroaspire. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principle results. *Eur Heart J* 18, 1569-1582.
- Euroaspire II Study Group (2001): Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients. From 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J* 22, 554-572.
- Gerling, J., Denkler, P., Haase, I. (2003): Erste Erfahrungen mit einem computergestützten Teletrainingssystem in der ambulanten Sekundärprävention Koronarkranker. In: VDR (Hrsg.): 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 10.-12. März 2003 in Bad Kreuznach. Rehabilitation im Gesundheitssystem. Frankfurt am Main, (DRV-Schriften, Band 40): 319-320.
- Gerling, J., Haase, I. (2004): Motivierung zum individuellen Eigentaining in der kardiologischen Rehabilitation (Phase III) mittels eines computergestützten Teletrainingssystems. In: VDR (Hrsg.): 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8.-10. März 2004 in Düsseldorf. Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation. Frankfurt am Main, (DRV-Schriften, Band 52): 409-410.

Welche externalen Bedingungsfaktoren beeinflussen die Herzgruppenteilnahme?

Nowossadeck, E. (1), Dohnke, B. (1), Held, K. (2), Karoff, M. (3), Müller-Fahrnow, W. (1)
(1) Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung, Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) DGPR, Koblenz, (3) Klinik Königsfeld, Ennepetal

Hintergrund

In früheren Untersuchungen des Zugangs zu und der dauerhaften Teilnahme von Koronarpatienten an Herzgruppen (HG) auf der Basis der CARDIS-Studie konnte gezeigt werden, inwieweit externale und hier insbesondere versorgungsorganisatorische Barrieren den Zugang zu und die dauerhafte HG-Teilnahme behindern (Nowossadeck et al., 2004). Als wichtigster Hinderungsgrund für eine HG-Teilnahme wurde die selbstverantwortete körperliche Aktivität, als wichtigste versorgungsorganisatorische Faktoren für den Zugang mangelnde Information identifiziert, gefolgt von Lücken in der regionalen Angeboten. Dieser Ansatz geht über die bislang praktizierten Erklärungsansätze (z.B. Bjarnason-Wehrens et al., 1998; Keck

et al., 1991) hinaus. Über die Analyse des HG-Zugangs hinaus ist auch der Abbruch der HG-Teilnahme von Bedeutung. In der CARDIS-Studie erwies sich die niedrige Fallzahl von 17 Studienteilnehmern, die sich als „Aussteiger“ identifizieren ließen, als problematisch. Die Studie CARO II (Müller-Fahrnow et al., 2003) bietet die Möglichkeit, die Analyse hemmender Faktoren einer dauerhaften Teilnahme mit höheren Fallzahlen zu erneuern und so detailliertere Einblicke zu gewinnen.

Methodik und Studiendesign

Die Studie CARO II (Cardiac Rehabilitation Outcome) ist eine multizentrische Längsschnittstudie, an der knapp 1.700 Rehabilitanden mit koronarer Herzkrankheit (KHK) aus neun Rehabilitationskliniken teilgenommen haben. Sie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR) gefördert und knüpft an die Studie CARO I an (Müller-Fahrnow et al., 1999). Die vorgestellten Auswertungen basieren auf Patientenangaben der schriftlichen Befragung sechs Monate nach Ende der kardiologischen Rehabilitation aus der CARO-II-Studie (N=907).

Ergebnisse und Diskussion

Sechs Monate nach Rehabilitation nehmen 29 % der Probanden an Herzgruppen teil. Nach Kliniken differenziert ergeben sich Teilnahmequoten von 15 % bis 44 %. Etwa 80 % der Studienteilnehmer nehmen nach 6 Monaten nicht oder nicht mehr an HG teil, weil sie nach eigener Einschätzung ausreichend körperlich aktiv sind. Inkongruenzen von Patientenerwartungen und therapeutischen Angeboten führten bei über 50 % der früheren HG-Teilnehmer dazu, die HG-Mitgliedschaft zu beenden. Nicht gern an Veranstaltungen von Vereinen oder Gruppen teilzunehmen trug bei etwa einem Drittel der Nie-HG-Teilnehmer zu ihrer Entscheidung bei. Ein unzureichendes HG-Angebot berichtete etwa ein Drittel der Nie-HG-Teilnehmer.

Tabelle: Bedingungsfaktoren der HG-Nichtteilnahme.

	HG-Nicht- teilnehmer insg. (%)	Nie-HG- Teilnehmer (%)	frühere HG- Teilnehmer (%)	p (exakter Test nach Fisher)
außerhalb der HG körperlich aktiv	79,7	79,8	78,8	0,496
Inkongruenzen von Patientenerwartungen und Therapieangeboten	42,9	41,9	52,9	0,085
fehlendes Interesse an Gruppen	32,8	33,8	23,1	0,076
unzureichendes HG-Angebot	30,7	32,1	15,4	0,007
gesundheitliche Beeinträchtigungen	25,1	24,7	28,8	0,307
individuelle Gründe	14,0	13,4	21,2	0,094
N	606	554	52	

Die Begründungen von früheren HG-Mitgliedern und Rehabilitanden, die niemals Mitglied einer HG waren, nicht (mehr) an HG teilzunehmen, sind unterschiedlich ausgeprägt. Die

Häufigkeit der Nennungen von externalen Faktoren wie ein unzureichendes regionales HG-Angebot und von inkongruenten Therapieangeboten, die von den Akteuren der Rehabilitation beeinflussbar sind, weist auf Optimierungspotenziale hin, die zu Verbesserungen in der langfristigen Sekundärprävention führen könnten.

Literatur

- Bjarnason-Wehrens, B., Kretschmann, E., Lang, M., Rost, R. (1998): Ist die AHG der „Königsweg“ der kardialen Reha der Phase III? *Herz/Kreislauf* 30, 400-411.
- Keck, M., Budde, H.G., Hamerle, A. (1991): Medizinische und sozialmedizinische Einflussgrößen auf das aktive Nachsorgeverhalten von AHB-Patienten. *Herz/Kreislauf* 23, 163-167.
- Müller-Fahrnow, W., Karoff, M., Nowossadeck, E., Dohnke, B., Held, K. (2003): Die Studie CARO-II: Qualitätsmanagement und Nachhaltigkeit in der kardiologischen Rehabilitation - Konzept und erste Ergebnisse. *Herzmedizin*, 20(2), 107.
- Müller-Fahrnow, W., Karoff, M., Held, K., Spyra, K. (1999): CARO - die DGPR-Studie als Instrument eines multizentrischen Qualitätsmanagements (MCQM). *Prävention und Rehabilitation*, Jahrgang 11, 218-221.
- Nowossadeck, E., Karoff, M., Mayer-Berger, W., Gülker, H., Müller-Fahrnow, W. (2004): Ambulante Herzgruppen: Versorgungsorganisatorische Barrieren für den Zugang und die persistierende Teilnahme. In: VDR (Hrsg.), 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Selbstkompetenz: Weg und Ziel der Rehabilitation, DRV-Schriften, Bd. 52, 185-187. Frankfurt/Main: VDR.

Aktivitätsmessung als Parameter für den Rehabilitationserfolg?

Stilgenbauer, F. (1), Brancheau, D. (1), Liu, Y. (1), Weichenberger, M. (1), Skodkin, I. (2), Hahmann, H. (2), Imhof, A. (2), König, W. (1), Steinacker, J.M. (1)

(1) Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin, Universitätsklinikum Ulm,

(2) Schwabenlandklinik Isny-Neutrauchburg

In der kardialen Rehabilitation ist neben der medikamentösen Therapie eine Änderung der Lebensgewohnheiten von großer Bedeutung. Unabhängig von einer koronaren Herzerkrankung zeigen Personen mit höherer körperlicher Leistungsfähigkeit ein längeres Überleben (1, 2). Durch körperliches Training können Koronarmorphologie und Myokardperfusion günstig beeinflusst und die KHK-Mortalität gesenkt werden (3, 4). Bis heute gibt es jedoch nur wenige Daten zur körperlichen Aktivität in der Rehabilitation und insbesondere zu Effekten bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen. Im Rahmen der SARAH-Studie (Vergleich von Effekten der ambulanten und stationären Rehabilitation) sollen bei 200 Patienten die körperliche Aktivität mit einem Beschleunigungsmesser (mG-Meter) aufgezeichnet und Effekte der Verfahren analysiert werden.

Material und Methoden

Die körperliche Aktivität wird mit einem mG-Meter (ActiTrac, IM Systems, Baltimore, USA) gemessen, das am Knöchel der Patienten befestigt wird. Das mG-Meter summiert über Intervalle von 30 Sekunden die Beschleunigung (Einheit milli-Gravity (mG)) und speichert die Werte. Messungen erfolgen zu Beginn (T1) und am Ende (T2) der Rehabilitationsmaßnah-

men für 2 bis 3 Tage. In einer Zwischenauswertung werden die Daten von 66 Patienten, 38 aus der stationären und 28 aus der ambulanten Rehabilitation, dargestellt. Beide Gruppen unterscheiden sich in den anthropometrischen und sonstigen Charakteristika nicht.

Ergebnisse und Diskussion

Sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Patienten steigt die Gesamtaktivität über 24 Stunden hinsichtlich der Dauer der Aktivität und des Aktivitätsniveaus von T1 auf T2 an. Während der Rehabilitationskernzeiten finden sich leichte Zunahmen in beiden Gruppen. Die ambulanten Patienten weisen im Vergleich zu den stationären Patienten in der Zeit außerhalb der Rehabilitationskernzeiten eine signifikante Zunahme der Aktivität auf. Dies ist möglicherweise verbunden mit einer gesteigerten Einsicht in die Notwendigkeit der Aktivität, möglicherweise aber auch mit vermehrten Anforderungen hinsichtlich Organisation des häuslichen Umfeldes.

Die Zwischenauswertung der Aktivitätsdaten zeigt, dass eine objektive Messung der Aktivität machbar ist. Es gibt Anhalt für die Studienhypothese, dass ambulante Rehabilitationsmaßnahmen einen positiven Effekt auf die körperliche Aktivität von Patienten haben. Ob dies einen positiven Effekt auf die Wirkung der Rehabilitationsmaßnahmen hat, kann noch nicht beantwortet werden.

Literatur

- Booth, Frank, W., Manu, V. (2002): Chakravarthy, Scott E. Gordon, Espen E. Spangenburg. Waging war on physical inactivity: using modern molecular ammunition against an ancient enemy. *J Appl Physiol*; 93: 3-30.
- Halle, M. (2004): Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung: Einfluss von körperlichem Training auf Morphologie und Funktion der Koronargefäße. *Dtsch Z Sportmed*; 55: 66-69.
- Myers, J., Prakash, M., Froelicher, V., Do, D., Partington, S., Atwood, J.E. (2002): Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med* 14; 346: 793-801.
- Steinacker, J.M., Liu, Y., Stilgenbauer, F., Nething, K. (2004): Körperliches Training bei Patienten mit Herzinsuffizienz. *Dtsch Z Sportmed*; 55: 124-130.

Ergebnismessung in der neurologischen Rehabilitation - Ergebnisse der kurzfristigen Outcomemessung zum Ende der Rehabilitation aus Patientensicht

Klein, K. (1), Farin, E. (1), Jäckel, W.H. (1, 2)

(1) Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, (2) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Problemstellung und Zweck der Studie

Im Rahmen des QS-Reha-Verfahrens der GKV wurde der Indikationsbereich Neurologie als weitere somatische Indikation in das externe Qualitätssicherungsverfahren eingeschlossen. Gemäß der Konzeption des Verfahrens beinhaltet es die Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Nach der expertengestützten und indikationsspezifischen Entwicklung der Methode und der Messinstrumente wurde das Verfahren in 18 freiwillig teilnehmenden stationären neurologischen Rehabilitationskliniken erprobt. Der Schwerpunkt des Verfahrens liegt auf der Erfassung der Ergebnisqualität. Die Ergebnisse der 18 Pilotkliniken werden hierzu im Folgenden dargestellt.

Methodik und Stichprobenbeschreibung

Die Ergebnisqualität wurde sowohl arzt- als auch patientenseitig erfasst. Die behandelnden Ärzte gaben für alle Studienpatienten u.a. den Barthel-Index mit dem Zusatz des Erweiterten Barthel oder den FIM-Score zu Reha-Beginn und zu Reha-Ende an. Die neurologischen Rehabilitanden, die physisch und kognitiv in der Lage waren, an der Befragung teilzunehmen, erhielten den IRES-Fragebogen (Version 3.1) mit einer ergänzenden Seite von Items zu neurospezifischen Symptomen (z. B. Schluckstörungen, Missempfindungen) zu Beginn (T0), zum Ende (T1) und 6 Monate nach der Rehabilitation (T2). Konnten Patienten nicht selbständig einen Fragebogen ausfüllen, wurde alternativ eine Angehörigenbefragung durchgeführt. Die kurzfristigen Ergebnisse der Rehabilitation (T0-T1) wurden klinikvergleichend ausgewertet. Mittels eines regressionsanalytischen Verfahrens wurden adjustierte Klinikvergleiche durchgeführt. Als nicht von der Klinik beeinflussbare Prädiktoren der Ergebnisqualität wurden Alter, Geschlecht, Reha-Motivation, Rentner (ja/nein), Schulabschluss, Schweregrad der Hauptdiagnose, Reha-Phase, somatische Gesundheit, Schmerzen, Funktionsfähigkeit im Alltag, psychisches Befinden, soziale Integration, Gesundheitsverhalten, Krankheitsbewältigung, und Symptome Neurologie (jeweils zu Reha-Beginn) kontrolliert. Insgesamt liegen Daten für 1598 Patienten aus 18 Kliniken vor. Die klinikvergleichenden Auswertungen beziehen sich auf die IRES-Dimensionen „Somatische Gesundheit“, „Schmerzen“, „Psychisches Befinden“, „Gesundheitsverhalten“ sowie auf die indikationsspezifische Skala „Neurologische Symptome“. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 64,5 Jahre (SD: 13,0 Jahre). Mit 51,9 % überwog der Männeranteil. Die Patienten hatten einen Eingangs-Barthel von 74,26 Punkten.

Ergebnisse

Von 88,7 % der Patienten, die zu Beginn der Rehabilitation in die Studie eingeschlossen wurden, lagen komplette Datensätze zur kurzfristigen Ergebnismessung (Reha-Beginn vs. Reha-Ende) vor. 1402 Patienten nahmen nicht an der Befragung teil, obgleich sie prinzipiell den Einschlusskriterien entsprachen (Drop-Outs zu Studienbeginn). Meist weigerten sich die Patienten aus persönlichen Gründen, an der Studie teilzunehmen oder die Patienten waren aufgrund von kognitiven oder körperlichen Einschränkungen nicht in der Lage, an der Befragung teilzunehmen. Die Drop-Out-Patienten unterschieden sich bezüglich des Alters, Geschlechts, der Reha-Motivation, der Akuität der Haupterkrankung sowie der funktionalen Selbständigkeit (gemessen über Barthel-Index oder FIM) signifikant von den Studienpatienten. Bis auf die Dimensionen „Gesundheitsverhalten“ und „Schmerzen“, in denen sich „geringe“ Effekte abbildeten (SRM 0,33 und 0,15), wurden in allen anderen Dimensionen und beim zusammenfassenden Summenscore der Veränderung von Reha-Beginn (T0) zu Reha-Ende (T1) „mittelhohe“ Effekte erzielt (SRM 0,45-0,66). Im Klinikvergleich schneiden die Kliniken recht ähnlich ab. In den Bereichen „Schmerzen“, „Psychische Belastungen“ und „Neurologische Symptome“ zeigen sich die größten Differenzen zwischen den Kliniken. Hier wurde bei ein bis zwei Kliniken signifikanten Unterschiede zum mittleren Referenzwert (signifikant über oder signifikant unter mittlerem Referenzwert) deutlich.

Diskussion

Die patientenseitige Ergebnismessung in der neurologischen Rehabilitation bildete in den einzelnen Dimensionen insgesamt gute Behandlungserfolge ab. Durch die adjustierten Klinikvergleiche wurden Unterschiede zwischen den Einrichtungen deutlich, die sich jedoch auf eine geringe Zahl von Kliniken beschränken. Generell zeigte sich aufgrund der indikations-spezifischen Fähigkeitsstörungen der Patienten die grundsätzliche Schwierigkeit eine sub-stanzielle Anzahl von Patienten in die Befragung aufzunehmen. Waren die Patienten in der Lage teilzunehmen, so war die folgende Teilnahmebereitschaft zur Befragung zu Reha-Ende recht hoch. Kürzere Fragebögen können Lösungen darstellen um die Drop-Out-Rate zukünftig zu verringern.

Literatur

- Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) (2003): Qualitätssicherung durch die gesetzliche Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation (QS-GKV-Programm), Neurologie, Zwischenbericht, Juli 2003, Universitätsklinikum Freiburg.
- Bührlen, B. (2003): IRES-Indikatoren des Reha-Status. In: Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zur Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen, Hogrefe.
- Zwingmann, C. (2002): Der IRES-Patientenfragebogen. Psychometrische Reanalysen an einem rehabilitationsspezifischen Assessmentinstrument. Regensburg, Roderer.

„Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation“ (SINGER): Entwicklung und Validierung eines neuen Assessment-Instruments

Gerdes, N. (1), Funke, U.N. (2), Claus, B. (3), Schüwer, U. (4), Themann, P. (5)

(1) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung Bad Säckingen, (2) MDK Sachsen, (3) Landesgeschäftsstelle Dresden der Barmer Ersatzkasse, (4) Klinik Schloss Pulsnitz, (5) Klinik „Tharandter Wald“, Hetzdorf

Entwicklung des SINGER

Der „Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation“ SINGER ist ein Assessment-Instrument zur Messung der Selbständigkeit bzw. des Hilfebedarfs von Patienten bei den wichtigsten Aktivitäten des alltäglichen Lebens. Bei der Entwicklung des Instruments standen folgende Anforderungen im Vordergrund:

Auswahl der Items

Die Auswahl der 20 Items orientierte sich an der ICF sowie an bewährten Instrumenten wie Barthel-Index oder FIM, wobei einige Schwächen dieser Instrumente ausgeglichen werden sollten (z. B. die fehlende Trennung zwischen verbaler und geschriebener Kommunikation sowie zwischen Hör- und Lesesinnverständnis im FIM oder die hohen Deckeneffekte bei Phase-D-Patienten im Barthel-Index). Die 20 Items des SINGER können sieben Domänen der ICF zugeordnet werden und enthalten damit zumindest Indikatoren für alle Domänen der ICF mit Ausnahme der Domänen 8 und 9.

Abstufungen der Items

Das spezifische Merkmal des SINGER ist der inhaltliche Bezugspunkt der Abstufungen: Die Stufen des SINGER orientieren sich nicht am Ausmaß der Hilfebedürftigkeit (wie im FIM: z. B. „25-50 % selbständig“), sondern an der Art des Hilfebedarfs, die in drei Grundkategorien aufgeteilt wurde: 1. professionelle Hilfe; 2. Hilfe durch (unterwiesene) Laien; 3. keine externe Hilfe erforderlich. Jede der Grundkategorien wurde in zwei Unterkategorien aufgeteilt, so dass sich folgende sechs Stufen ergaben:

- a) totale Abhängigkeit von professioneller Hilfe,
 - b) professionelle Kontakthilfe erforderlich bei Fähigkeit des Patienten zur Mitwirkung.
- a) Kontakthilfe durch (unterwiesene) Laien ausreichend,
 - b) Supervision oder Vorbereitung durch Laien ausreichend; keine Kontakthilfe nötig.
- a) selbständig mit Hilfsmittel bzw. verlangsamt,
 - b) selbständig ohne Hilfsmittel.

Dass diese Art der Stufenzuordnung besonders aussagekräftig ist, wird sichtbar, wenn man sich die Anwendungsmöglichkeiten beim Eingangs-Assessment, der Therapiezielplanung oder bei der Entlassungsplanung vor Augen führt. Damit der SINGER von Fachkräften in der Rehabilitation auch ohne spezielle Schulung eingesetzt werden kann und um eine möglichst gute Beurteiler-Übereinstimmung zu erreichen, ist ein Manual erstellt worden, in dem für jedes Item die einzelnen Stufen detailliert beschrieben und ggf. mit Testaufgaben versehen sind, die eine eindeutige Zuordnung ermöglichen.

Validierung des SINGER - Methodik

Zur Prüfung der Testgütekriterien des SINGER wurde in zwei Kliniken eine Pilotstudie durchgeführt, in die 100 Patienten nach Schlaganfall (je 50 Phase C und Phase D) einbezogen wurden. In Klinik1 wurde zusätzlich der Barthel-Index und in Klinik2 der FIM eingesetzt. Für die Prüfung der Test-Retest-Reliabilität wurde in Klinik2 der SINGER-Bogen zweimal innerhalb von drei Tagen ausgefüllt. In Klinik1 wurden 30 Patienten (jeweils 15 Phase C und D) zum gleichen Zeitpunkt von zwei klinischen Teams sowie von einem Mitarbeiter des MDK unabhängig voneinander beurteilt.

Ergebnisse

- Test-Retest-Reliabilität: Bei allen Einzelitems: $r_{tt} > 0.95$; beim Summenscores aus allen 20 Items: $r_{tt} = 0.996$.
- Faktorielle Struktur: Eine Faktorenanalyse (PCA mit Varimax-Rotation) ergab zwei Hauptfaktoren, die als „körperliche Aktivitäten“ und „kognitive Aktivitäten“ interpretiert werden können. Zwei Einzelitems variieren unabhängig von den beiden Hauptdimensionen.
- Interne Konsistenz: „körperliche Aktivitäten“: $\alpha = 0.98$; „kognitive Aktivitäten“: $\alpha = 0.91$. Ein Summenscore aus allen 20 Items des SINGER zeigt trotz der klaren zweifaktoriellen Struktur mit $\alpha = 0.89$ ebenfalls noch eine sehr gute interne Konsistenz.
- Beurteiler-Konkordanz: Auf Itemebene: Bei den insgesamt 1.800 gepaarten Einzelbewertungen (30 Patienten à 20 Items à 3 Bewerter) zeigten 84 % eine punktgenaue Übereinstimmung; bei 15 % ergab sich eine Abweichung um 1 Stufe (0,8 % um 2 Stufen; 0,3 % um 3 oder 4 Stufen). Die beiden Teams erreichten bei den direkt mit dem FIM vergleichbaren Items des SINGER eine mittlere Übereinstimmung von Kappa = 0.903, die deutlich höher ausfiel als die in der Literatur berichtete mittlere Übereinstimmung zwischen zwei geschulten Pflegepersonen beim FIM (Kappa = 0.675; Haas et al., 2002; vgl. auch: Hamilton et al., 1994; Ottenbacher et al., 1996). Auf der Ebene des SINGER-Summenscores fiel der Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient bei den drei Bewertern (incl. MDK) mit ICC = 0.996 sehr hoch aus.
- Validität: Der Summenscore des SINGER korreliert sowohl mit dem Barthel-Index als auch mit dem FIM mit Koeffizienten von > 0.90 . Bei einem cut-off-Wert von 70 Punkten ordnete der SINGER mit zwei Ausnahmen alle Patienten richtig der Phase C bzw. der Phase D zu.
- Veränderungssensitivität: Mit einer Effektstärke von 1,0 (standardized response mean SRM) zeigte der Summenscore des SINGER – gemittelt über alle Patienten – „starke“ Verbesserungen an ($p < 0.0001$). Phase-C-Patienten: SRM=1,4; Phase D-Patienten SRM=0,85.

Diskussion

Der SINGER ist ein reliables, valides und veränderungssensitives Assessment-Instrument, das sich durch eine reha-relevante Abstufung der Schweregrade und durch eine hohe Beurteiler-Konkordanz auszeichnet. Dazu dürfte vor allem die detaillierte Beschreibung der Abstufungen für jedes Item beigetragen haben. Der SINGER kann sowohl für das Eingangs-Assessment, die Definition von Therapiezielen, die Kontrolle des Behandlungsfortschritts oder die Begründung von Verlängerungsanträgen als auch zur Ergebnismessung in einzel-

nen Fällen oder auf Stichprobenebene eingesetzt werden. Die Verfügbarkeit eines Summenscores ermöglicht den Einsatz des SINGER für Kosten-Nutzwert-Analysen, Klinikvergleiche der Ergebnisqualität oder Verfahren zu einer „ergebnisorientierten Vergütung“.

Literatur

- Haas, U., Mayer, H., Evers, G.C. (2002): Die Inter-Rater-Reliabilität des Functional Independence Measure (FIM) bei Patienten mit Schädel-Hirn-Verletzungen. *Pflege* 15, 191-197.
- Hamilton, B.B., Laughlin, J.A., Fiedler, R.C., Granger, C.V. (1994): Interrater reliability of the 7-level functional independence measure (FIM). *Scand J Rehabil Med* 26, 115-119.
- Ottenbacher, K.J., Hsu, Y., Granger, C.V., Fiedler, R.C. (1996): The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. *Arch Phys Med Rehabil* 77, 1226-1232.

Untersuchungen zum Fahrverhalten und der Bedeutung der Fahreignungsdiagnostik bei neurologischen Patienten

Küther, G., Oehlsen, K., Gehrke, A.

Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Medizinische Hochschule Hannover

Der Erhalt der Mobilität gehört zu den wesentlichen Zielen der stationären und ambulanten neurologischen Rehabilitation. Insbesondere der eigene PKW bedeutet eine erhebliche Mobilitätshilfe im Alltag mit entsprechender Förderung der Lebensqualität. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass neurologische Ausfallserscheinungen die Fahreignung beeinträchtigen können (Bundesanstalt für Straßenwesen 2000, Fries et al., 2002). Ein besonderes Problem ist dabei einerseits die zum Teil lückenhafte Aufklärung der Patienten über etwaige Einschränkungen, andererseits die unzureichende Wahrnehmung und Akzeptanz der vorliegenden Einschränkungen bei den Patienten. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, die Bedeutung des Autofahrens für die betroffenen Patienten, ihren Informationsstand über ihre Fahreignung und die Auswirkungen auf das Fahrverhalten zu ermitteln.

Mit einem standardisierten Fragebogen wurden 52 Patienten (mittleres Alter: 57,1 Jahre; Max.: 79 Jahre; w/m: 12/40) mit einer Fragenbatterie von 33 Einzelfragen befragt. Die Patienten nutzten ein Beratungsangebot zur Fahreignung, das mit einer klinisch-neurologischen Untersuchung und einer Testung der Lenk- und Bremskräfte sowie der Lenk- und Brems-Reaktionszeiten in einem PKW-Messstand verbunden war. Ursächlich lagen bei 32 Patienten ein ischämischer Insult, bei 9 eine Multiple Sklerose, bei 3 ein Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma und bei 8 Patienten andere neurologische Erkrankungen (Hirnblutung, frühkindlicher Hirnschaden, Epilepsie) vor.

Bei 37 Patienten (71 %) musste aufgrund der neurologischen Untersuchung und der KFZ-Testung eine fehlende Fahreignung festgestellt werden. Nur 3 dieser Patienten (8 %) hatten vorher wegen ihrer Einschränkungen eine verkehrsmedizinische Begutachtung durchführen lassen. Auf einer visuellen Analogskala von 0-10 maßen die Befragten dem Erhalt der Fahreignung eine relativ hohe Bedeutung für ihr Selbstwertgefühl bei (Mittelwert: 6,9; SD: 2,9), wobei 11 Patienten die maximale Punktzahl angaben. Die größte praktische Bedeutung hat

das Autofahren im Hinblick auf die Unabhängigkeit von fremder Hilfe (78 %) und den Erhalt oder die Verbesserung sozialer Kontakte (58 %). 12 % der Befragten gaben an, dass die Wiedererlangung der Fahrtauglichkeit von wesentlicher Bedeutung für ihre berufliche Reintegration ist. 54 % aller als fahruntauglich Bewerteten gaben eine fehlende Aufklärung über ihre fehlende Fahreignung an. 15 (41%) der in der Studie als fahruntauglich bewerteten Patienten fuhren trotz der Einschränkungen weiter PKW, davon gaben 6 Patienten aber ein geändertes, d. h. umsichtigeres Fahrverhalten mit deutlicher Reduktion der jährlichen Kilometerleistung an. 24 Patienten fuhren seit dem Auftreten der Behinderung nicht mehr PKW, davon wiesen 8 Patienten aufgrund der Untersuchung und Testung keine Einschränkungen auf. Bei der Hälfte aller fahrabstinenten Patienten hätte eine verkehrsmedizinische Begutachtung mit entsprechender Fahrzeugumrüstung die Fahreignung wiederherstellen können. 54 % aller Patienten, denen aufgrund der attestierten Defizite eine verkehrsmedizinische Begutachtung unter Einschaltung der Fahrerlaubnisbehörden empfohlen worden war, gaben bei einer Nachbefragung an, diesem Rat nicht gefolgt zu sein.

Die vorliegende Untersuchung zeigt die erhebliche Bedeutung der Fahreignung für neurologische Patienten. Bemerkenswert ist die hohe Zahl von Patienten, die trotz deutlicher Anzeichen einer Einschränkung ihrer Fahreignung keine Aufklärung durch behandelnde Ärzte angaben. Wenngleich nicht ausgeschlossen werden kann, dass ein Teil dieser Patienten entsprechende Informationen nicht ausreichend zur Kenntnis genommen hat, belegen diese Zahlen den erheblichen Aufklärungsbedarf durch alle im stationären und ambulanten Rehabilitationsprozess beteiligten Ärzte. Die Untersuchung zeigt aber auch deutlich die Hemmung der Patienten, eine verkehrsmedizinische Begutachtung durchführen zu lassen (vgl. Burgard et al., 2004). Die Notwendigkeit für intensivierete ärztlich/verkehrsmedizinische Beratungen und Begutachtungen wird dadurch verdeutlicht, dass bei einer beträchtlichen Zahl fahruntüchtiger Patienten eine sachgerechte KFZ-Umrüstung nach vorheriger technischer Begutachtung die Fahreignung erhalten kann (Lempp & Küther, 2004).

Literatur

- Bundesanstalt für Straßenwesen (2000): Begutachtungsleitlinien zur Krafftfahreignung, Heft M115, Bergisch Gladbach.
- Burgard, E., Sick, C.D., Hippel, B., Kiss, M. (2004): Fahreignung nach Hirnschädigung. Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 145-150.
- Fries, W., Wilkes, F., Lössl, H. (Hrsg.) (2002): Fahreignung bei Krankheit oder Verletzung. Zuckerschwerdt Verlag München.
- Lempp, R., Küther, G. (2004): Einschränkungen der Fahreignung und Wege zur behindertengerechten Fahrzeugumrüstung. Ergotherapie und Rehabilitation 4, 13-18.

Optimierung der neurologischen Rehabilitation unter Berücksichtigung physischer, psychischer und sozialer Aspekte

Hamel, M., Franz, U., Seelbach, H.

Fachhochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Einleitung

In Deutschland erleiden jährlich ca. 250.000 Menschen einen Schlaganfall (Kugler et al., 2001) und noch immer ist der Schlaganfall die häufigste Ursache für eine erworbene Behinderung im Erwachsenenalter (Nelles & Diener, 2002). Viele Betroffene empfinden diese Folgen als Beeinträchtigung ihres Gesamtbefindens und ihrer Lebensqualität. Die daraus resultierenden psychischen Probleme können das Rehabilitationsergebnis ebenso beeinflussen wie die körperlichen Krankheitsfolgen selbst (Hager & Ziegler, 1998). Aufgrund der mit dieser Diagnose einhergehenden komplexen Störungen stellt die optimale Reintegration dieser Patienten höchste Anforderungen an die Qualität rehabilitativer Maßnahmen. Im Sinne des bio-psycho-sozialen Ansatzes dürfen sich diese Handlungen jedoch nicht nur auf den funktionellen Status der Betroffenen beschränken, sondern sollten auch auf die sozialen und psychischen Aspekte während der Nachsorge gerichtet sein.

Methoden

In der Methodik der Datenerhebung ist die Studie retrospektiv und deskriptiv angelegt. Ferner kombiniert sie quantitative mit qualitativen Forschungsansätzen unter Einsatz validierter Messinstrumente und teilstrukturierter Interviews. Ausgehend vom Entlassungszeitraum sind zwei Kohorten (1 Jahr/2 Jahre) gebildet worden. Untersucht und befragt wurden Patienten, die an einem stationären neurologischen Frührehabilitationsprogramm teilgenommen haben. Neben den Betroffenen wurden die unmittelbaren Angehörigen in die Studie aufgenommen. Erfasst wurde unter Berücksichtigung der Zufriedenheit der Patienten mit dem Rehabilitationsprozess - im Sinne eines bio-psycho-sozialen Ansatzes - der jeweilige Rehabilitationsstatus und die Einschätzung der gesundheitsbezogenen sowie der persönlichen Lebensqualität.

Ergebnisse

Untersucht bzw. befragt werden konnten 107 Patienten und 84 Angehörige. Die Einschätzung der Lebensqualität der Betroffenen zeigte sich in der Studie deutlich reduziert. Ausschlaggebend hierfür waren Faktoren wie die körperliche und seelische Verfassung, die finanzielle Lage, eingeschränkte soziale Kontakte und der Umfang des Hilfebedarfs. Bei einem Großteil der Patienten und/oder deren Angehörige besteht der Wunsch nach Unterstützung und/oder Beratung in psychologischer, finanzieller, pflegerischer und therapeutischer Hinsicht.

Diskussion

Es zeigte sich, dass die soziale Unterstützung überwiegend durch die Familie erfolgt. Erstaunlich war der geringe Anteil von Mitgliedern in Selbsthilfegruppen mit 5,6 %. Hinsichtlich Beratung gaben nur 42 % der Patienten an, Beratung in bezug auf ihre Erkrankung erhalten zu haben. Bezüglich finanzieller Beratung und Unterstützung im Alltag fand Beratung selten

statt. Die subjektive Einschätzung der Patienten hinsichtlich Erholung vom Schlaganfallgeschehen fiel bedrückend aus. 75 % der Befragten schätzten ihre Erholung als „weniger gut“ bis „gar nicht“ ein. Ebenso schlecht fiel die subjektive Einschätzung der Lebensqualität aus, obwohl der funktionelle Status der Teilnehmer sowohl im Neurostatus als auch bei den Ergebnissen des Barthel-Index positive Resultate zeigte.

Schlussfolgerungen

Die Betreuung von Schlaganfallpatienten stellt eine große Herausforderung dar. Es ist wichtig, den Betroffenen die positiven Veränderungen im Krankheits- und Rehabilitationsverlauf zu verdeutlichen, ggf. auch durch neuropsychologische Hilfe. Auf der Basis der Ergebnisse konnten Lebensaspekte identifiziert werden, die unzureichend Eingang in den Rehabilitationsprozess fanden. Diese wurden als Maßnahmen in Handlungsempfehlungen eingearbeitet, die zu einer Optimierung der Rehabilitation mit einem verbesserten Outcome bei effizienterem Ressourceneinsatz durch Vernetzung therapeutischer Maßnahmen beitragen können.

Literatur

- Hager, K., Ziegler, K. (1998): Studien der Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31(1): 9-15.
- Kugler, C., Sünkeler, I., Huff, W., Misselwitz, B., Pape, H., Baumann, W., Gleixner, S., Medenbach, J. (2001): Herausforderung Schlaganfall. TK-Rehabilitationsberatung und initiale Stroke-Unit-Versorgung in Hessen. Eine prospektive Studie an Hessischen Stroke-Units im Auftrag der Techniker Krankenkasse.
- Nelles, G., Diener, H.C. (2002): Prävention und Rehabilitation des Schlaganfalls im Alter. Der Internist 43: 941-948.

Rehabilitation psychischer Störungen: Innovative Impulse aus den Neurowissenschaften?

Ballmaier, M., Schmidt, R.

Bereich Psychotherapie, Kliniken Schmieder, Konstanz und Gailingen

Neurobiologische Forschungsansätze und Erkenntnisse gewinnen zunehmende Bedeutung für das Verständnis psychischer Störungen. Gegenwärtig ist diese Forschung zwar noch weit von der klinisch-rehabilitativen Praxis entfernt. Es gibt jedoch eine Reihe erster Ergebnisse, die eine Darstellung entsprechender Modellbildungen in Hinblick auf ihre rehabilitationswissenschaftliche Tauglichkeit nahe legen. Ein besseres Verständnis wäre besonders wertvoll bei Störungen wie den Konversionsstörungen, die bereits klinisch schwer einzugrenzen sind und bei denen geprüfte Therapieerfahrungen weitgehend fehlen. Vor diesem Hintergrund sollen im Rahmen einer den traditionell klinischen Forschungskontext überschreitenden Literaturanalyse die psychodynamischen, behavioralen und soziokulturellen Aspekte, die die Diagnose einer Konversionsstörung nach anerkannten Kriterien stützen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Edition TR, DSM-IV-TR), in neurobiologische Modellvorstellungen einbezogen werden. Dabei werden die Möglichkeiten innovativer Ansätze zur Erforschung funktioneller Störungen von beteiligten Strukturen und

daraus resultierender Dysfunktionen von ganzen Neurosystemen dargestellt. Bei Konversionsstörungen handelt es sich um eine pseudoneurologische Störung ohne entsprechendes somatisches Korrelat, die meist in Form von motorischen und/oder sensorischen Ausfällen und anknüpfend an ursprüngliche psychoanalytische Erklärungsmodelle eine vorangegangene psychosoziale Belastung oder emotionale Konfliktlage beinhaltet. Definitionsgemäß werden die Symptome nicht willentlich kontrolliert oder produziert. Die Ausgangspunkte für die neurobiologischen Modellvorstellungen und Erklärungsversuche sind im Wesentlichen zwei: zum einen die Resultate von funktionell bildgebenden und neuropsychologischen Untersuchungen, auf denen verschiedene Hypothesen für die Entwicklung eines Dyskonnektionssyndroms beruhen. Demnach liegen der Symptomatik z. B. Aktivitätsveränderungen an einer zentralen Hirnschaltstelle für automatische motorische Bewegungen und/oder fehlerhafte Verarbeitungen von Informationen zugrunde, die von über- oder untergeordneten Hirnarealen prozessiert werden. Den zweiten Ausgangspunkt bilden die derzeitigen Erkenntnisse über die Rolle von spezifischen Gehirnstrukturen bei basalen kognitiven Phänomenen wie Gedächtnis, Wille, motorische und sensorische Kontrolle sowie Körperwahrnehmung. Von Interesse ist insbesondere, inwieweit diese Strukturen mit Hirnarealen verknüpft sind, die nach aktuellen Studienergebnissen das Verarbeiten von negativen emotionalen Prozessen beeinflussen und somit einen Bezug zu dem psychischen Konflikt herstellen, der der Konversionsstörung zugrunde liegt. Die wesentliche Bedeutung einer solchen neurobiologischen Analyse kognitiv-emotionaler Netzwerke ist, dass mit ihrer Hilfe auch störungsspezifische Hypothesen zur Natur psychischer Störungen und also auch von Konversionsstörungen entwickelt werden können. Konversionsstörungen zeigen häufig einen chronischen Verlauf. Dazu ist anzumerken, dass Chronizität auch eine Reorganisation von neuronalen Netzwerken bewirkt, die ihrerseits für die Aufrechterhaltung der Konversionssymptome verantwortlich sein könnte. Verbesserte Kenntnisse neurobiologischer Grundlagen können voraussichtlich auch gezielte rehabilitative Behandlungsansätze unterstützen, wobei im vorliegenden Beitrag insbesondere auf die Rolle von bildgebenden Untersuchungen eingegangen wird. Ferner werden auch die potenziellen Vorteile solcher Analysen mit Hinblick auf differentialdiagnostische Aspekte wie z. B. die bewusste Vortäuschung körperlicher Symptome (Simulation) diskutiert. Darüber hinaus wird der Problembereich Komorbidität erörtert, insbesondere welche Forschungsansätze dazu beitragen können die mehrfach postulierte psychopathologische Verknüpfung zwischen Konversionsstörung und Depression zu erklären.

Literatur

- Ballmaier, M., et al. (2004): Anterior cingulate, gyrus rectus and orbitofrontal abnormalities in elderly depressed patients. *Am J Psychiatry*, 161: 99-108.
- Beutel, M.E. et al. (2003): The emerging dialogue between psychoanalysis and neuroscience: neuroimaging perspective. *J Am Psychoanal Assoc*, 51: 773-801.
- Krem, M.M. (2004): Motor conversion disorders reviewed from a neuropsychiatric perspective. *J Clin Psychiatry*, 65: 783-790.
- Marshall, J. et al. (1997): The functional anatomy of hysterical paralysis. *Cognition*, 64: B1-B8.
- Vuilleumier, P. et al. (2001): Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain*, 124: 1077-1090.

DEGAS - Deutsche Gangtrainer Studie - Wirksamkeit der Lokomotionstherapie auf einem Gangtrainer

Hölig, G., Pohl, M., Werner, C., Holzgraefe, M., Kroczeck, G., Mehrholz, J., Wingendorf, I., Hesse, S.

Medical Park Bad Rodach, Klinik Bavaria Kreischa, Klinik Berlin, Asklepiosklinik Schildautal Seesen

Einführung

Als ein wesentliches Ziel in der Rehabilitation hemiparetischer Patienten nach Schlaganfall wird die Wiederherstellung der Gehfähigkeit betrachtet. (Hummelsheim, 1998; Davies, 2002) Moderne Konzepte des motorischen Lernens empfehlen ein aufgabenspezifisches repetitives Üben. Für die Gehfähigkeit heißt dies: Wer gehen lernen will, muss gehen. (Hesse, 2000) Damit auch rollstuhlpflichtige Patienten dazu in die Lage versetzt werden können, wurde das Laufbandtraining mit partieller Körpergewichtsentlastung und in den letzten Jahren der Gangtrainer (GT) als Ergänzung der bisherigen Methoden in die Gangrehabilitation eingeführt. Der Gangtrainer ist eine Weiterentwicklung der Lokomotionstherapie auf dem Laufband und ermöglicht das wiederholte Üben einer gurtgesicherten, gangähnlichen Bewegung. Während die Effektivität der Lokomotionstherapie auf dem Laufband belegt ist (Hesse et. al., 1995; Werner, 2002), standen Nachweise für die Wirksamkeit des Gangtrainers in Kombination mit Physiotherapie bisher noch aus. Deshalb wurde die nationale Multi-centerstudie »DEGAS« mit Unterstützung des BMBF und der Firma Reha-Stim durchgeführt.

Methodik

Die Untersuchung wurde als Multicenterstudie durchgeführt. Aus vier Zentren wurden ca. 150 nicht-gefähige, hemiparetische Patienten nach erstmaligem supratentoriellen Insult (Intervall < 60 Tage, Barthel Index 25–60) rekrutiert und in zwei Gruppen randomisiert. Die Untersuchungsgruppe erhielt jeden Werktag 20 min GT plus 25 min Krankengymnastik (KG), die Kontrollgruppe 45 min KG für jeweils 4 Wochen. Inhalte der KG waren u.a. das Üben des Gehens in der Ebene und auf der Treppe neben tonusregulierenden und das Gehen vorbereitenden Übungen. Die Physiotherapie wurde in beiden Gruppen von Therapeuten durchgeführt, die mindestens 2 Jahre Berufserfahrung in der Neurologischen Rehabilitation haben. Die Datenerhebung erfolgte vor, nach 2 und 4 Wochen sowie nach 6 Monaten. Geprüft wurden u.a. die Gehfähigkeit (Ganggeschwindigkeit, maximale Gehstrecke, Functional Ambulation Category) und die ADL-Kompetenz (Barthel-Index). Drop-outs während der Therapie wurden gemäß dem »intention-to-treat«-Protokoll weiter berücksichtigt.

Ergebnisse

Beide Gruppen waren zu Studienbeginn ausreichend homogen bezüglich der klinischen Daten und der Messvariablen. Die Therapieinhalte entsprachen den vorgeschriebenen Inhal-

ten, wobei eine vergleichbare Zeit auf der Treppe geübt wurde, obwohl der Kontrollgruppe mehr Zeit zur Verfügung stand. Bei der Prüfung der Gehfähigkeit zeigt die Untersuchungsgruppe nach 2 und 4 Wochen größere Verbesserungen als die Kontrollgruppe. Überraschenderweise waren in beiden Gruppen auch in den follow - up - Untersuchungen nach 6 Monaten weitere Verbesserungen zu finden. Die Verteilung der FAC - Werte zeigte bei Studienende positive Ergebnisse (Responder = FAC 4-5) bei 53,2 % der Probanden der Untersuchungsgruppe und 21,8 % der Probanden der Kontrollgruppe. Nach 6 Monaten liegen die Werte bei 75,3 % Untersuchungsgruppe und 38,5 % der Kontrollgruppe. Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($p=0.0001$) bei der Gehfähigkeit von Untersuchungs- und Kontrollgruppe nach 4 Wochen und 6 Monaten. Ähnliche Ergebnisse fanden sich bei den anderen geprüften Variablen.

Diskussion

Die Untersuchungsgruppe übte mehr Schritte pro Zeiteinheit als die Kontrollgruppe. Während der Physiotherapieeinheiten wurde im Verhältnis zu den anderen Inhalten in der Untersuchungsgruppe mehr Zeit (40,6 % in 1. und 2. Woche und 41,8 % in Woche 3 und 4) für den Gang genutzt. In der Kontrollgruppe wurden der Stand und andere Inhalte verstärkt geübt. Im Zusammenhang mit den dargestellten Ergebnissen zeigt sich, dass das repetitive Üben einen wesentlichen Stimulus für die Wiederherstellung der Gehfähigkeit darstellt. Dabei ist die um die Lokomotionstherapie ergänzte Physiotherapie der herkömmlichen Physiotherapie überlegen.

Schlussfolgerungen

Der Anteil eines zielorientierten, wiederholenden Übens sollte im Rahmen der motorischen Rehabilitation von Schlaganfallpatienten deutlich erhöht werden. Die Lokomotionstherapie mit dem Gangtrainer stellt dazu eine sinnvolle Ergänzung der Physiotherapie dar.

Literatur

- Davies, P.M. (2002): Hemiplegie. 2. vollständig überarb. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
- Hummelsheim, H. (1998): Neurologische Rehabilitation. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
- Hesse, S., Bertelt, C., Jahnke, M.T., Schaffrin, A., Baake, P., Malezic, M., Mauritz, K.H. (1995): Treatmill Training with Partial Body Weight Support compared with Physiotherapy in Nonambulatory Hemiparetic Patients. *Stroke*, 26: 976-980.
- Hesse, S., Frankenberg, S., Schaffrin, A., Uhlenbrock, D. (2000): Laufband mit partieller Körpergewichtsentslastung und Gangtrainer: Moderne Ansätze in der Behandlung von Gangstörungen. *Krankengymnastik*, 52. Jg. 6: 972-978.
- Werner, C., Bardeleben, A., Mauritz, K.H., Kirker, S., Hesse, S. (2002): Treadmill Training with partial body weight support and physiotherapy in stroke patients: a preliminary comparison. *European Journal of Neurology*, 9: 639-644.

Determinanten des Heilmittelbedarfs in der ambulanten neurologischen Therapie und Rehabilitation

Küther, G. (1), Rottmann, R. (1), Künsebeck, H.W. (2)

- (1) Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Medizinische Hochschule Hannover,
(2) Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover

Der sachgerechte Einsatz von Heilmitteln in der ambulanten Versorgung chronisch Erkrankter ist angesichts der bestehenden gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen von zunehmender Bedeutung. Insbesondere bei neurologischen Patienten bereitet eine angemessene Einschätzung des Behandlungsumfangs trotz der in den Heilmittelrichtlinien (2004) ausgeführten Vorgaben erfahrungsgemäß mit zunehmender Krankheitsdauer beträchtliche Schwierigkeiten, da neben einer komplexen Symptomatik unterschiedliche Krankheitsverläufe mit häufig dauerhaften alltagsrelevanten Einschränkungen zu berücksichtigen sind. Nicht zuletzt Patientenerwartungen können darüber hinaus angesichts einer unvollständigen Remission erheblichen Einfluss auf den Behandlungsbedarf nehmen.

Ziel der vorliegenden prospektiven longitudinalen Untersuchung ist es, den Heilmittelbedarf im Hinblick auf den klinischen Befund und Verlauf sowie die Patientenerwartungen bei ambulanten Patienten zu untersuchen. Bisher sind 31 Patienten (14 weiblich, 17 männlich; mittleres Alter 58 Jahre \pm 11 SD) rekrutiert worden, die unter den Folgen zentraler und peripherer Läsionen unterschiedlicher Schweregrade leiden (21 Patient mit Apoplex, MS, cerebellärer Ataxie; 10 Patienten mit Polyneuropathie, Myositis, Vorderhornkrankungen). Die Symptom- bzw. Erkrankungsdauer lag im Mittel bei 18 Monaten (\pm 19,5 SD, Maximum: 63 Monate). In vierteljährlichen Abständen werden Muskelkraft (MRC-Skala), Spastik (Ashworth-Skala), Koordination, Barthel-Index, FIM, ADS-Depressionsskala und SF-36 bestimmt. Daneben werden die Patienten mit einem Fragebogen zu Erwartungen an den weiteren Krankheitsverlauf, dem von ihnen eingeschätzten Therapiebedarf und psychologischen Begleiteffekten der zurück liegenden Therapien befragt.

Der mittlere Therapieumfang (Krankengymnastik, Ergotherapie, Massagen, Logopädie) betrug bei den Untersuchten im Mittel 4 Behandlungseinheiten pro Woche (\pm 2,2 SD, Maximum: 9). Zwischen Therapieumfang und Barthel-Index, FIM, Paresengrad und Patientenalter war keine Korrelation nachweisbar (Spearman-Rangkorrelation, r : 0,003-0,026, Signifikanzniveau $p=0,05$). Der Therapieumfang wies bei zentralen und peripheren Läsionen keinen signifikanten Unterschied auf (Mann-Whitney Test, $p=0,306$). Demgegenüber fand sich eine negative Korrelation zwischen der Erkrankungsdauer und dem Umfang der abgegebenen sowie von den Patienten gewünschten therapeutischen Leistungen (Spearman-Rangkorrelation, $r=0,473$ bzw. $0,466$; $p=0,007$ bzw. $0,008$) sowie eine positive Korrelation zwischen Therapiewunsch und Spastik ($r=0,379$; $p=0,035$). 30 % aller Befragten erwarteten durch die Behandlung eine deutliche weitere Befundverbesserung, 13 % sogar eine vollständige Heilung. Demgegenüber wurde von ärztlicher Seite nur bei 14 % eine deutliche Verbesserung und bei keinem der Behandelten eine vollständige Heilung erwartet. Für 70 % aller Befragten bedeutete der persönliche Kontakt zu den Therapeuten eine wesentliche Stützung, die u. a. durch eine intensive Kommunikation innerhalb der Behandlungen erklärt wird.

Zusammenfassend zeigt die erste Zwischenauswertung dieser Verlaufsstudie, dass der ambulante Heilmittelbedarf bei chronisch erkrankten neurologischen Patienten nicht alleine durch den objektivierbaren Befund und seine Auswirkungen auf Funktionen und Aktivitäten bestimmt wird, sondern vor allem durch die zurückliegende Erkrankungsdauer. Insbesondere psychologische Faktoren wie die sich in der Therapie aufbauende menschliche Beziehung sowie das Ausmaß der begleitenden Krankheitsverarbeitung scheinen den in der Praxis verordneten Heilmittelumfang wesentlich zu bestimmen (vgl. Rohe, 1993). Ziel der weiteren Verlaufsanalyse ist es, das Ausmaß der Änderungen der Patientenbeurteilungen und der klinisch objektivierbaren Parameter in Abhängigkeit vom Behandlungsumfang zu ermitteln.

Literatur

Bundesministerium der Justiz (2004): Bekanntmachung über die Neufassung der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Nr. 106a.
Rohe, D.E. (1993): Psychological Aspects of Rehabilitation. In: J.A. DeLisa (Ed.) Rehabilitation Medicine: Principles and Practice. Lippincott Philadelphia, pp. 131-150.

Evaluation eines Netzwerkes ambulanter neurologischer Rehabilitation und Nachsorge für Schädel-Hirn-traumatisierte Kinder und Jugendliche

Petersen, C., Kruithoff, E., Koch, U.

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

Es liegen derzeit in Deutschland keine gesicherten Daten zu Prävalenz, Inzidenz und zum Versorgungsgeschehen von Schädel-Hirn-Verletzungen im Kindesalter vor. Schätzungen aus den USA und Kanada ergeben, dass mit ca. 180-220 neuen Fällen traumatischer Schädel-Hirn-Verletzungen auf 100.000 Einwohner im Alter von 0-19 Jahren in einem Jahr zu rechnen ist (Kraus & Rock, 1990; Willer et al., 1990). Der Nachsorgebedarf für Kinder und Jugendliche mit neurologischen Schädigungen nach Unfällen und anderen traumatischen Ereignissen ist allerdings nur unzureichend abgedeckt. Während in der akuten Phase und der stationären Rehabilitation die Versorgung gut organisiert ist, weist sie insbesondere in Hinblick auf die wohnortnahe Hilfe zur Reintegration Schwachstellen auf. Im Rahmen eines dreijährigen Modellversuches soll die Nachsorge in vier Städten (Hamburg, Münster, Dresden, Kreis Unna) optimiert werden. Finanziert wird das Vorhaben von dem Kuratorium ZNS, der Willy Robert Pitzer Stiftung und der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein Westfalen. Das Projekt zielt auf Entwicklung eines für die beteiligten Regionen flächendeckenden Netzwerkes zur Erfassung und Versorgung von Patienten mit einem Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter ab. Dabei werden örtlich unterschiedliche Betreuungskonzepte verfolgt. Vorgestellt werden die Ergebnisse der ersten Evaluationsphase, die auf eine retrospektive Beschreibung des Ist-Zustandes der Versorgung fokussiert.

Methodik

Zur Beschreibung des Ist-Zustandes wurden Familien in die Untersuchung einbezogen, deren Kinder im Alter von 0-20 Jahren an einer der teilnehmenden Kliniken behandelt wurden und eine der folgenden ICD-10 Diagnosen erhalten haben: S 02, S 04, S 06, S 07, S 09. Ein Fragebogen wurde durch die Einrichtungen an die Familien versendet. Nach einer vierwöchigen Wartezeit wurden ein Erinnerungsschreiben verschickt. Mit einer ausgewählten Subgruppe wurden vertiefende Interviews geführt. Das gesamte Vorgehen wurde mit der Hamburger Ethikkommission und dem Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf abgestimmt. Die Erhebung wird zur Zeit noch am Standort Unna durchgeführt und im November 2004 abgeschlossen.

Ergebnisse

Bislang wurden die Fragebögen von n=530 Familien zurückgesendet (Hamburg n=229, Münster n=115, Dresden n=163, Kreis Unna n=23). Die Kinder (41 % Mädchen) waren zum Zeitpunkt des Unfalls durchschnittlich 7 Jahre alt. Die Unfälle der Kinder ereigneten sich zu 44 % zu Hause, als häufigste Ursache wurde ein Sturz angegeben (78 %). Als Auffälligkeiten nach dem Unfall werden Kopfschmerzen (n= 290) und Schwindel (n=151) genannt. Nur n=6 Kinder und Jugendlichen haben eine Rehabilitation in Anspruch genommen. Bei Abschluss der Datenerhebung werden weitere Subgruppenanalysen zeigen, welche Patientengruppen besonders belastet sind und eine gezielte Nachsorge benötigen. Hierzu werden insbesondere die Dauer der Bewusstlosigkeit, das Alter des Kindes sowie die Multimorbidität betrachtet.

Diskussion

Mit den vorliegenden Daten von n=530 Fällen an vier Standorten konnte schon jetzt eine Datengrundlage geschaffen werden, mit der die Situation der Versorgung von schädel-hirntraumatisierten Kindern und Jugendlichen ortsspezifisch abbildbar ist.

Literatur

- Kraus, J.F., Rock, A. (1990): Brain injuries among infants, children, adolescents, and young adults. *American Journal of Disability in Childhood*, 144, 684-691.
- Willer, B., Aboach, S., Dahmer, E. (1990): Epidemiology of disability from traumatic brain injury. In R.L.I. Wood (Hrsg.), *Neuro-behavioural sequelae of traumatic brain injury* (S. 18-33). London: Taylor and Francis Ltd.

Psychische Befindlichkeit bei Partnern von Patienten mit akuter Hirnschädigung im ersten Jahr nach der Verletzung²²

Balck, F., Dinkel, A.

Universitätsklinikum Dresden

Hintergrund

Die mittel- und langfristigen Belastungen von Familienmitgliedern sowie die Auswirkungen einer akuten Hirnschädigung auf die psychische Befindlichkeit von Angehörigen, die Partnerschaft und das Familiensystem wurden inzwischen in einer Reihe von Studien dokumentiert (vgl. Balck & Dinkel, 2000). Allerdings liegen nur wenige prospektive Studien vor, in denen die psychische Befindlichkeit der Angehörigen im Verlauf untersucht wurde. Entsprechende Daten lieferten z. B. Oddy et al. (1978), in deren Studie 39 % der Partner von Schädelhirntrauma(SHT)-Patienten einen Monat nach der Verletzung eine auffällige depressive Symptomatik zeigten. Der Anteil psychisch belasteter Partner verringerte sich auf 20 % sechs Monate bzw. 24 % zwölf Monate nach Verletzung. Ähnliche Ergebnisse erzielten Livingston et al. (1985). Zudem gaben in ihrer Studie 34 % der Partner drei Monate nach Verletzung an, in erheblichem Maße durch Angstbeschwerden belastet zu sein. Der Anteil an Partnern mit auffälligem Ausmaß an Angstbeschwerden nahm im Verlauf des zweiten Halbjahres nach Verletzung sogar noch weiter zu. Diese Studien zeigen aber auch, dass bei weitem nicht alle Angehörigen emotional stark belastet sind, lassen jedoch die Frage offen, welche Faktoren für eine unterschiedliche Ausprägung der psychischen Befindlichkeit verantwortlich sind.

Methode

Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden Patienten mit mittelschwerem und schwerem SHT bzw. Patienten mit mittelschwerer und schwerer Subarachnoidalblutung (SAB) sowie die Ehe- und Lebenspartner der Betroffenen um Teilnahme an der Studie gebeten. In einem persönlichen Kontakt mit dem Partner wurden u. a. die emotionale Beanspruchung mittels Beck-Depressions-Inventar (BDI) und Beck-Angst-Inventar (BAI) erhoben. An der Studie nahmen initial N = 71 Paare teil. Drei Viertel der Paare waren verheiratet. Das Durchschnittsalter der Partner (29 Männer, 42 Frauen) betrug 44,3 Jahre (SD = 10.6).

Ergebnisse

Zu T1 liegen auswertbare Daten von N = 70 Partnern vor. Diese wurden im Mittel ca. 6 Wochen nach der Verletzung des Patienten befragt. Zu diesem Zeitpunkt zeigten 51,4 % eine auffällige Angstsymptomatik und 48,6 % eine auffällige depressive Symptomatik. Etwa 6 Monate nach Verletzung betragen die entsprechen Prävalenzraten 32,2 % bzw. 8,6 % (n = 59). Ein Jahr nach Verletzung gaben 25,0 % eine relevante Beeinträchtigung durch Angstbeschwerden und 10,4 % ein auffälliges depressives Befinden an (n = 48). Es ergaben sich zu keinem der Zeitpunkte Unterschiede in der psychischen Beeinträchtigung der Partner in

²² Aus dem Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen (BBS), gefördert durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

Abhängigkeit des Schweregrades der Verletzung des Patienten. Zum ersten Zeitpunkt bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der funktionalen Beeinträchtigung auf Seiten der Patienten und Angst- sowie depressiven Symptomen der Partner ($r = -0,32$ bzw. $r = -0,29$, $p < 0,05$). Zu den beiden Katamnese-Zeitpunkten korrelierte die aktuelle funktionale Selbständigkeit nicht mit der physischen Befindlichkeit der Partner. Stattdessen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Bindungsstil der Partner (erhoben zu T1, beurteilt für die Zeit vor der Verletzung) und dem Befinden. Ein zunehmend sicherer Bindungsstil hing mit einem geringeren Ausmaß an Angst und Depressivität zusammen ($r = -0,37$, $p < 0,05$).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass ein großer Teil der Partner emotional stark beansprucht ist. Die Prävalenzraten unserer Studie sind höher als die international vorliegender Untersuchungen. Mögliche Gründe hierfür sind die Verschiedenheit der genutzten Erhebungsinstrumente sowie der gewählten Cut-offs für klinische Auffälligkeit. Analog der Studie von Livingston et al. (1985) zeigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung, dass mehr Partner durch Angstsymptome als durch depressive Symptome belastet sind. Vergleichbar mit den angeführten britischen Studien zeigte sich auch hier eine signifikante Abnahme der psychischen Belastung der Partner im Verlauf des ersten halben Jahres nach der Verletzung. Ferner stützt unsere Studie vorliegende Ergebnisse, wonach der Schweregrad der Verletzung von untergeordneter Bedeutung für das psychische Befinden der Partner ist. Stattdessen ergaben sich Hinweise, wonach nach Durchlaufen der Initialphase Faktoren der partnerschaftlichen Beziehung an Bedeutung für das psychische Befinden der Partner gewinnen. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse die Relevanz einer familienorientierten Perspektive nach akuter Hirnschädigung (vgl. Dinkel & Balck, 2003a; 2003b).

Literatur

- Balck, F., Dinkel, A. (2000): Schädelhirntrauma und Familie - Auswirkungen einer akuten Hirnschädigung auf Familienmitglieder und das Familiensystem. *Kontext*, 31, 180-193.
- Dinkel, A., Balck, F. (2003a): Krankheit, Rehabilitation und Familie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16, 116-121.
- Dinkel, A., Balck, F. (2003b): Bedürfnisse der Angehörigen von Schädelhirntraumapatienten im Rehabilitationsprozess: ein Literaturüberblick. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16, 138-156.
- Livingston, M.G., Brooks, D.N., Bond, M.R. (1985): Three months after severe head injury: Psychiatric and social impact on relatives. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 48, 870-875.
- Oddy, M., Humphrey, M., Uttley, D. (1978): Stresses upon the relatives of head-injured patients. *British Journal of Psychiatry*, 133, 507-513.

Rehabilitationsbedarf nach epilepsiechirurgischem Eingriff²³

Hammen, A. (1), Wohlfarth, R. (1), Quiske, A. (2), Leonhart, R. (3)

(1) Schwarzwaldklinik, Bad Krozingen, (2) Neurochirurgische Universitätsklinik Freiburg, (3) Institut für Psychologie der Universität Freiburg

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Epilepsien gehören zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. Die Prävalenz behandelter Epilepsiepatienten in Deutschland wurde in einer repräsentativen Studie auf 4,7/1.000 geschätzt (Pfäfflin & May, 2000).

Menschen mit Epilepsie haben nicht zwingend kognitive Defizite, dennoch beklagen viele Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme. Neben strukturellen Läsionen, welche umschriebene kognitive Störungen verursachen können, werden das Ausmaß und der Einfluss dieser kognitiven Beeinträchtigungen auf den Alltag häufig durch Probleme in der Krankheitsverarbeitung und dem emotionalen Wohlbefinden verstärkt. Epilepsien sind somit auch sozialmedizinisch bedeutsam, da alle relevanten Aspekte des Lebens beeinträchtigt werden können. Entsprechend gibt es keine allgemein gültige Therapie für „die Epilepsie“. Stets werden individuelle Behandlungskonzepte entworfen, welche entscheidend durch die Begebenheiten des einzelnen Patienten geprägt sind. Eine Möglichkeit stellt dabei auch die epilepsiechirurgische Behandlung dar. In früheren Arbeiten musste jedoch konstatiert werden, dass trotz postoperativ erreichter Anfallsfreiheit ein erheblicher Anteil der Patienten unverändert eine unbefriedigende oder sogar verschlechterte Lebensqualität angab (Helmstaedter, 2001; Thorbecke, 2000).

In dieser Arbeit wird untersucht, ob nach einem epilepsiechirurgischen Eingriff ein individueller Bedarf für eine Rehabilitationsbehandlung besteht. Dazu sollen die spezifischen Problemlagen der Patienten („demand“) erfasst werden, diese mit den Einschätzungen der Therapeuten („need“) verglichen werden und durch eine Katamneseuntersuchung der postoperative Verlauf dokumentiert werden. Der Rehabilitationsbedarf wird als gegeben angesehen, wenn die körperliche und psychische Befindlichkeit bereits präoperativ beeinträchtigt ist. Ebenso wird eine Verringerung der Lebensqualität, eine zunehmende Verschlechterung kognitiver Funktionen und vermehrte psychosoziale Belastung mit steigendem Rehabilitationsbedarf korreliert.

Methodik, Studiendesign

Die Untersuchung ist als eine populationsbeschreibende 3-Punkte-Erhebung angelegt. Nach Abschluss der prächirurgischen Diagnostik erfolgte die Eingangsuntersuchung (T0). Nach der Operation nochmalige Exploration und neuropsychologische Untersuchung des Patienten und Befragung des Arztes (T1), zur Erfassung von Schwierigkeiten, die in Zusammenhang mit der Rückkehr in den häuslichen Alltag und den Beruf gesehen werden. Alle Patien-

²³ Dargestellt werden die Ergebnisse der Studie „Rehabilitationsbedarf nach epilepsiechirurgischem Eingriff“ im Rahmen des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbunds Freiburg-Bad Säckingen. Förderkennzeichen: RH 43.07-0-176-7, Förderer: LVA Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland sowie die Bahnversicherungsanstalt für den Verbund Südwestdeutschland.

ten wurden nach drei Monaten zur Identifikation von persistierenden Problemfeldern erneut neuropsychologisch getestet und befragt (T2). Als Indikatoren eines Rehabilitationsbedarfs wurden neben etablierten neuropsychologischen Testverfahren Therapeuten- und Patientenfragebögen verwendet, wobei ein Bedarf als gegeben angesehen wurde, wenn in zumindest zwei Tests ein Ergebnis entsprechend einem Prozentrang von ≤ 16 resultierte.

Ergebnisse

Zum Untersuchungszeitpunkt T0 waren 16 % der Befragten arbeitslos; von der Erwerbstätigen wurden in über 40 % Probleme am Arbeitsplatz angegeben. Bei Überwiegen der Haupt- und Realschulbildung sind die meisten Patienten noch in 46 % abgeschlossenen Lehrausbildungen als Arbeiter (25 %) oder Angestellte (46 %) tätig. Zum Zeitpunkt T0 bestand für 49 % der Patienten ein Rehabilitationsbedarf („need“). Zum Zeitpunkt T1 bestand für 56 % der Patienten ein sicherer Rehabilitationsbedarf. Zum Zeitpunkt T2 besteht noch ein Bedarf bei 51 %. Neben der ausführlichen Darstellung der Daten aus der neuropsychologischen Verlaufsdagnostik wird die Selbsteinschätzung der Patienten im Rahmen der Fragebogenauswertung zur demand-Abschätzung dargestellt. Im BDI wurden bei T0 und T1 Gesamtpunktzahlen um 7 erreicht bei T2 von 5. In der SCL, wie im epilepsiespezifischen Fragebogen PESOS, findet sich zwischen T0 und T1 ein Anstieg des subjektiven Beeinträchtigungsempfindens, welches im Verlauf bis T2 wieder den Ausgangswert erreicht (SCL[T0/T1/T2]: 24/43/24 %; PESOS: 33/51/36 %). Abschließend wird als Resultat der Studie eine Entscheidungshilfe für die Zuweisung zur Rehabilitation nach epilepsiechirurgischem Eingriff vorgestellt.

Diskussion

Die hier untersuchte Population entspricht den Angaben vergleichbarer Studien. Unter Verwendung der eingesetzten Messparameter kann offensichtlich bei einer großen Zahl von Patienten bereits präoperativ ein bestehender Bedarf nachgewiesen werden, welcher durch die Operation nochmals verstärkt wird und auch nach drei Monaten noch besteht. Offensichtlich besteht bei der bekannten multikausalen Verursachung der kognitiven und psychosozialen Schwierigkeiten von Patienten mit pharmakoresistenten Epilepsien auch unabhängig von einer operativen Behandlung schon ein erheblicher Rehabilitationsbedarf.

Schlussfolgerung, Umsetzung und Ausblick

- Ein Rehabilitationsbedarf nach epilepsiechirurgischem Eingriff kann nachgewiesen werden.
- Zusätzlich zeigt sich ein erheblicher Rehabilitationsbedarf schon vor einem möglichen epilepsiechirurgischen Eingriff.
- An der Schwarzwaldklinik Bad Krozingen wird ein Behandlungskonzept verfolgt, welches durch klare initiale Zieldefinitionen in beschränktem zeitlichen Rahmen eine Stabilisierung der Patienten begleiten kann.
- Zukünftige Arbeiten müssen den konkreten Behandlungseffekt von etablierten Therapiekonzepten nachweisen.

Literatur

Helmstaedter (2001): Der Beitrag der chirurgischen Epilepsitherapie zur sozialen Wiedereingliederung und Lebensqualität.

- Pfäfflin, M., May, T.W. (2000): Wie viele Patienten mit Epilepsien gibt es in Deutschland und wer behandelt sie? *Neurol Rehabil* 6;(2): 77-81.
- Thorbecke, R. (2000): Bedarf an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach Epilepsiechirurgie.

Vigilanz bei neurologischen Erkrankungen vor und nach Therapie

Büttner, A. (1, 2), Latarnik, S. (2), Rode, S. (2), Remer, H. (2), Seiffert, L. (2), Bennefeld, H. (2)

(1) Klinik Ambrock, Hagen, (2) Heinrich-Mann-Klinik, Bad Liebenstein

Einleitung

Neurologische Erkrankungen können neben einer Vielzahl physischer Leiden auch zu den verschiedenartigsten kognitiven Veränderungen führen (Drubach et al., 1994; Reuter et al., 2002). Dabei können sowohl Aufmerksamkeit und Vigilanz als auch die Gedächtnisprozesse an sich betroffen sein. Insbesondere der Schweregrad der Erkrankung und die Länge der bisher erfolgten Therapie könnten hierbei eine wichtige Rolle spielen. Ziel unserer Untersuchung war es nun, die Vigilanzleistung bei Patienten verschiedener Genese zu erfassen (neurologische Patienten zu Beginn der Rehabilitation und vor ihrer Entlassung) und diese mit Gesunden zu vergleichen (Büttner et al., 2004a-c).

Methodik

Die Untersuchung erfolgt an Gesunden und an einer Gruppe neurologischer Patienten, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden. Alle Patienten werden bei ihrer Aufnahme in die Klinik neurologisch und neuropsychologisch untersucht. In die Studie sollen mindestens 100 Patienten mit unterschiedlichen neurologischen Krankheitsbildern eingeschlossen werden. Die Studienteilnehmer dürfen keine schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen aufweisen.

Studiendesign

Das Untersuchungsdesign sieht den Vergleich dieser Patientengruppe mit Gesunden vor. Weiterhin sollen die Patienten sowohl vor als auch nach Therapie miteinander bzgl. ihrer Vigilanz verglichen werden. Außerdem ist ein Vergleich der einzelnen neurologischen Krankheitsbilder untereinander vorgesehen sowie die Untersuchung bzgl. des Schweregradeinflusses der Erkrankung.

Gruppe	Anzahl der Vp	Altersmittelwerte	Barthel-Index
Gesunde	50	24,00 ± 8,60	-----
Neurologische Patienten	51	52,86 ± 17,42	77,40 ± 33,36

Die Datenerhebung erfolgte bisher bei 51 Gesunden (9 weiblich, 42 männlich) und 50 neurologischen Patienten (16 weiblich, 34 männlich), die mittels des Vigilanztests „Carda“, der in der Klinik Ambrock entwickelt, standardisiert und normiert wurde, bzgl. ihrer Vigilanz untersucht wurden (Randerath et al., 2000).

Ergebnisse

Die Überprüfung der Vigilanzleistung ergab einen höchst signifikanten Unterschied zwischen Gesunden und den untherapierten neurologischen Patienten ($p < ,001$). Der Vergleich vor und nach neurologischer Rehabilitation sowie der verschiedenen neurologischen Krankheitsbilder bzgl. der Vigilanz steht bislang noch aus. Bei der Untersuchung des Schweregrades der Vigilanzleistung ergab sich für die Patientenstichprobe kein signifikanter Unterschied ($p > ,05$).

Diskussion

Es zeigte sich, dass neurologische Erkrankungen die Vigilanz beeinflussen und dass diese unter erfolgreicher Therapie verbessert werden können. Patienten mit neurologischen Krankheitsbildern waren gegenüber einer gesunden Vergleichsstichprobe deutlich vigilanzgemindert, wobei die neurologischen Patienten selbst bei erfolgreicher physischer Therapie weiterhin Probleme und Defizite bzgl. ihrer Vigilanzleistung aufwiesen. Der Einfluss der Therapielänge bzw. der erfolgten Therapie bzgl. der Vigilanzleistung neurologischer Patienten wird noch ausgewertet. Der Schweregrad scheint hingegen bei neurologischen Erkrankungen keine Rolle zu spielen.

Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine kontinuierliche Therapie demnach nicht nur die neurologische Symptomatik verbessert, sondern auch die Vigilanz und die Daueraufmerksamkeit der Betroffenen.

Literatur

- Büttner, A., Latarnik, S., Rode, S., Remer, H., Kolar, M., Bennefeld, H., Rühle, K.H. (2004a): Die Vigilanz bei schlafbezogenen und neurologischen Krankheitsbildern, Abstractband der Jahrestagung der SNAK, 13.
- Büttner, A., Latarnik, S., Rode, S., Remer, H., Kolar, M., Bennefeld, H., Vigilance (2004b): In case of neurological disorders, Abstractband der ENS, Modena, 220-221.
- Büttner, A., Latarnik, S., Rode, S., Remer, H., Kolar, M., Bennefeld, H., Rühle, K.H. (2004c): Vigilance in case of Sleep Apnea Syndrome and Neurological Disorders, Journal of Sleep Research 13 (1), o.S.
- Drubach, D.A., Kelly, M.P., Dolif, C. (1994): Traumatic injury in patients with neurologic and psychiatric disease, Crit Care Clin., 10 (3), 635-641.
- Randerath, W.J., Gerdesmeyer, C., Siller, K., Gil, G., Sanner, B., Rühle, K.H. (2000): A Test for the Determination of Sustained Attention in Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome, Respiration, 67, 526-532.
- Reuter, D., Brownstein, D. (2002): Common emergent pediatric neurologic problems, Emerg Med Clin North Am., 20 (1), 155-176.

Die neurogene Blasenentleerungsstörung bei Multipler Sklerose-Häufigkeit, soziale Relevanz und Konsequenzen für die Rehabilitation von MS-Betroffenen

Lehrieder, G.

Kiliani-Klinik, Bad Windsheim

Die neurogene Blasenentleerungsstörung bei Multipler Sklerose stellt ein häufiges, stark behinderndes Symptom der MS dar. Allzu oft ist mit der Blasenstörung eine erhebliche Einschränkung der sozialen Aktivität und damit eine Minderung der Lebensqualität verbunden. Aber auch in der Berufstätigkeit kann sich eine Blasenstörung sehr stark behindernd auswirken. Nicht zuletzt können langjährige Blasenstörungen irreversible Komplikationen an Nieren und ableitenden Harnwegen verursachen.

Neurogene Blasenentleerungsstörungen kommen jedoch nicht nur bei der Multiplen Sklerose vor, sondern auch u. a. bei Diabetes mellitus, Parkinson-Syndrom und anderen neurodegenerativen Erkrankungen. Im Gegensatz zur Häufigkeit und Bedeutung werden die Blasenentleerungsstörungen von Betroffenen und Ärzten oft tabuisiert und damit Therapiechancen nicht genutzt. Für knapp 10 % der MS-Patienten sind die neuro-urologischen Störungen (manchmal verkanntes) Erstsymptom der MS, im Verlauf leiden ca. 80-90 % der Patienten an Blasenstörungen.

In einer Befragung von 170 MS-Patienten (davon $\frac{3}{4}$ weiblich, Durchschnittsalter: 48 Jahre) der Kiliani-Klinik in Bad Windsheim wurden Informationen hinsichtlich der Relevanz der Blasenstörung für die soziale Aktivität und für die Berufstätigkeit erhoben. Zwei Drittel der Befragten gaben an, unter relevanten Blasenstörungen zu leiden. Unter den berufstätigen MS-Betroffenen wurde der Anteil der sozialen Einschränkungen, die einzig und allein auf die neurogene Blasenstörung zurückzuführen sind, im Median auf 30 % geschätzt. Die vergleichbare anteilige neuro-urologisch bedingte Einschränkung der Lebensqualität wurde im Median auf 40 % geschätzt. Nahezu alle unter Blasenstörungen leidenden Patienten versprechen sich von einer Linderung dieser Beschwerden eine deutliche Besserung ihrer Lebensqualität.

Die beiden Symptome, die als am meisten quälend beschrieben wurden, waren der imperative und häufige Harndrang und die Pollakisurie. Eine subjektiv wesentlich geringere Rolle spielten die Restharnbildung und rezidivierende Infekte. Erstaunlich viele Betroffene mit medikamentös behandelten Blasenstörungen wussten über Restharnwerte nicht Bescheid. Dies ist umso überraschender, als erhöhter Restharn ein wichtiger Prädiktor für die Entwicklung von Komplikationen ist. Die Inkontinenz spielt für bereits berentete MS-Patienten eine wichtige Rolle, wohingegen sie bei Berufstätigen kein wesentliches Problem darstellt.

Um mit ihren Störungen der Blasenentleerung weiter berufstätig bleiben zu können, wünschen sich die Patienten vor allem flexiblere Arbeitszeiten und Pausenregelungen, um insbesondere dem häufigen Harndrang begegnen zu können. In vielen Fällen genüge aber auch „Verständnis bei Vorgesetzten und Mitarbeitern für mein Problem“.

Für die medizinische und berufliche Rehabilitation ergibt sich die wichtige Konsequenz, dass ein wesentlicher Beitrag in der Behandlung der neurogenen Blasenentleerungsstörung die

Stärkung der Selbstkompetenz der Betroffenen ist. Neben dem offenen Ansprechen der neuro-urologischen Störungen, dem Aufzeigen der Therapieoptionen (insbesondere Anticholinergika zur Dämpfung von Harndrang und Linderung der Pollakisurie) gehört hierzu auch das Wissen um die notwendigen Kontrolluntersuchungen (insbesondere Restharn) zur Vermeidung von Langzeitkomplikationen.

Sporttherapie bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) - Evaluation eines sporttherapeutischen Interventionsprogrammes

Piefke, Th.

Amper Kliniken AG, Dachau

Einleitung

Die Multiple Sklerose ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen. Diese progredient verlaufende Erkrankung betrifft in Deutschland etwa 125.000 Menschen, jedes Jahr erkranken ca. 3000 Menschen im jungen Erwachsenenalter (durchschnittlicher Erkrankungsbeginn um das 30. Lebensjahr) neu an MS, mit nicht unerheblichen Folgen für die sozialen Sicherungssysteme. Trotz des Wissens um die vielfältigen positiven Wirkungen von körperlichem Training gibt es bisher nur wenige Untersuchungen zur spezifischen Effekten strukturierter Trainingsprogramme (Reimers & Brooks, 2003, Petajan & White, 1999). Ziel der vorliegenden Studie war die Evaluation eines trainingswissenschaftlich begründeten sporttherapeutischen Interventionsprogrammes für MS-Patienten im Rahmen der stationären neurologischen Rehabilitation im Vergleich zur konventionellen ambulanten Bewegungstherapie.

Methodik

Insgesamt nahmen 39 Patienten an der einjährigen Beobachtungsstudie teil. Bei 18 Patienten wurde das sporttherapeutische Behandlungskonzept im Rahmen der stationären Rehabilitation durchgeführt. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 23,4 Tage. Die Patienten wurden zusätzlich nach einem Jahr nachuntersucht (377,9 Tage), um den langfristigen Effekt der Intervention beurteilen zu können. 21 ambulante Patienten mit Physiotherapie (mittl. Behandlungsfrequenz pro Woche 2,3 Tage) wurden ebenfalls über einen Zeitraum von einem Jahr betrachtet (360,7 Tage) und den Sporttherapie-Patienten als Kontrollgruppe gegenübergestellt.

Ergebnisse

Die Patienten der Sporttherapiegruppe konnten ihre motorischen Leistungen während der dreiwöchigen Behandlung signifikant steigern. Besonders in den Bereichen Gehfähigkeit, Gehstrecke, Gleichgewichtsfähigkeit und Kraft wurden signifikante Verbesserungen erzielt. Die durchweg positiven Effekte der sporttherapeutischen Intervention hatten auch über den Untersuchungszeitraum von einem Jahr bestand, während sich die Patienten der ambulanten Krankengymnastikgruppe in ihren Leistungen im Vergleich zum Eingangsbefund nicht verbesserten, sondern eher verschlechterten.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass strukturierte, nach trainingswissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführte Sporttherapie bei Patienten mit MS effektiver ist als das konventionelle bewe-

gungstherapeutische Vorgehen. Dies scheint insbesondere in Bezug zu der erzielten Nachhaltigkeit bedeutsam und zeigt die Notwendigkeit weiterer trainingswissenschaftlich begründeter Interventionsstudien zur Weiterentwicklung der Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose.

Literatur

- Reimers, C.D., Broocks, A., 2003: Neurologie, Psychiatrie und Sport. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Petajan, J.H., White, A.T., 1999: Recommendations for physical activity in patients with multiple sclerosis. *Sports Medicine* 27, 3, S. 179-191.

Beeinträchtigungen in Lebensqualität und Gesundheitszustand bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten

Schlote, A. (1, 2), Bölsche, F. (1), Krüger, J. (3), Topp, H. (1, 4), Richter, M. (2), Wallesch, C.-W. (1, 2)

(1) Neurologische Universitätsklinik Magdeburg, (2) Institut für Neurologisch-Neurochirurgische Rehabilitationsforschung (INNRF) Magdeburg, (3) Klinik Waldeck Schwaan, (4) Klinik Leezen am Schweriner See

Hintergrund und Zielsetzung

Zu den Langzeitfolgen des Schlaganfalls gehören u. a. Beeinträchtigungen der physischen, kognitiven, sprachlichen und psychischen Funktionen. Hierdurch kommt es zu vielfältigen Veränderungen im Leben nicht nur der Patienten sondern auch der Angehörigen (Clark & Smith, 1999). Oftmals werden pflegerische Tätigkeiten sowie Aufgaben, die der Patient nicht mehr erfüllen kann, von den Angehörigen übernommen, so dass es auch bei diesen zu starken Belastungen kommen kann. Es liegen bislang kaum Daten vor, die Gesundheitszustand und Lebensqualität der Angehörigen, insbesondere die in Folge des Schlaganfalls auftretenden Veränderungen, beschreiben. In einer vorangegangenen Untersuchung (Teilergebnisse Reha-Kolloquium 2004) hatten wir festgestellt, dass sowohl Lebensqualität als auch Gesundheitszustand der Angehörigen von Schlaganfallpatienten eher dann beeinträchtigt sind, wenn sich der Patient in der Rehabilitationseinrichtung befindet, sich jedoch im Laufe von 6 Monaten nach Entlassung des Patienten weitgehend erholen. Ziel der vorliegenden Untersuchung wird die Beschreibung des Allgemeinen Gesundheitszustandes und der Lebensqualität der Angehörigen etwa 1 - 2 Jahre nach der Entlassung des Patienten aus der Rehabilitation sein. Außerdem können für eine Teilstichprobe Unterschiede zwischen dem aktuellen und den vorangegangenen Messzeitpunkten errechnet, sowie Zusammenhänge zum Gesundheitszustand der Patienten und angehörigenbezogenen Variablen hergestellt werden. Wir vermuten, dass sich zu dem hier berichteten späten Messzeitpunkt Verschlechterungen in einzelnen Bereichen des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität der Angehörigen feststellen lassen. Die Untersuchung wird im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Sachsen-Anhalt/Mecklenburg-Vorpommern, Teilprojekt A4, durch die LVA Sachsen-Anhalt gefördert.

Methode

In die Stichprobe geht der jeweils nächste Angehörige ein, der mit dem Schlaganfallpatienten in einem Haushalt lebt (Patienteneinschlusskriterien: Alter zwischen 16 und 70 Jahren, Indikation eines ersten Hemisphäreninsultes, keine weiteren zentral-neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen, keine weiteren limitierenden Begleiterkrankungen oder -verletzungen, Phase C der neurologischen Rehabilitation bei Aufnahme in die Studie). Die Angehörigen waren ein erstes Mal befragt worden, während sich der Patient in der Rehabilitationseinrichtung befand (MZP1), 6 Monate nach Entlassung aus der Einrichtung war eine erste Katamnese durchgeführt worden (MZP2). Die Patienten und Angehörigen wurden nun, mindestens 6 Monate nach diesem Zeitpunkt, noch einmal angeschrieben (MZP3). Wie schon bei den vorangegangenen Messzeitpunkten wurden bei den Angehörigen die Fragebögen „SF-36 - Allgemeiner Gesundheitszustand“ (Bullinger & Kirchberger, 1998; Subskalen: Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion, Psychisches Wohlbefinden) und „WHO-QoL-Bref-Fragebogen zur Lebensqualität“ (Angermeyer et al., 2000; Domänen: Physische Befindlichkeit, Psychisches Wohlbefinden, Soziale Beziehungen, Umwelt, Globaleinschätzung zu Lebensqualität und Gesundheit) erhoben. Sowohl Patient als auch Angehöriger geben Einschätzungen hinsichtlich der funktionalen Unabhängigkeit und Depression des Patienten ab. Hierzu werden der Nottingham Extended Activities of Daily Living (Nouri & Lincoln, 1987) und der PHQ-2 (Kroenke et al., 2003) eingesetzt.

Ergebnisse

Die Erhebungen dauern noch an, so dass die hier berichteten Ergebnisse einen Zwischenstand darstellen und mit entsprechender Zurückhaltung zu betrachten sind. In der vorliegenden Stichprobe (N = 55) lag der Schlaganfall des Patienten im Mittel 1,5 Jahre zurück, die Patienten sind zu 85 % berentet, 34 % sind pflegebedürftig. Bei den Angehörigen handelt es sich zu etwa 90 % um Partner/innen, in 54,5 % der Fälle um Frauen, 45,5 % der Angehörigen sind berufstätig. Die Mittelwerte liegen für alle Sub-Skalen des SF-36 und des WHO-QoL-Bref signifikant unter denen der bundesdeutschen Normstichprobe (Ausnahme: Domäne Umwelt des WHO-QoL-Bref). Für eine Teilstichprobe (N = 33) konnten Mittelwertvergleiche der drei MZP durchgeführt werden. Die Mittelwerte fast aller Sub-Skalen lagen zum zweiten MZP signifikant über den Mittelwerten des ersten MZP. Die Mittelwerte des dritten MZP lagen für die Skalen Körperliche Funktionsfähigkeit und Körperliche Summenskala signifikant unter denen des zweiten MZP und verfehlten für die Skalen Körperliche Rollenfunktion, Vitalität und Soziale Funktionsfähigkeit das Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ nur knapp. Bisher zeigten sich zum MZP3 geringe bis mittlere Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen des Gesundheitszustandes/Lebensqualität der Angehörigen und depressiver Verstimmung des Patienten.

Diskussion

Unseren Annahmen entsprechend haben sich Gesundheitszustand und Lebensqualität seit der letzten Erhebung etwa ein Jahr zuvor in allen Bereichen verschlechtert. Überraschenderweise werden die gefundenen Unterschiede zwischen diesen beiden Zeitpunkten insbesondere für die körperbezogenen Skalen bereits bei unserer kleinen Stichprobe signifikant.

Sollten sich diese Ergebnisse als stabil erweisen, so wäre dies als deutlicher Hinweis darauf zu werten, dass sich das Ereignis „Schlaganfall“ nicht nur auf psychische und soziale Bereiche der Angehörigen auswirken. Wenn im Verlauf der chronischen Krankheit auch die körperliche Gesundheit der Angehörigen beeinträchtigt wird, so müssen diese verstärkt in die Behandlungskonzepte, insbesondere in die Nachsorge, mit einbezogen werden.

Literatur

- Angermeyer, M.C., Kilian, R., Matschinger, H., 2000: WHOQOL – 100 und WHOQOL – BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., Kirchberger, I., 1998: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion. Göttingen: Hogrefe.
- Clark, M.S., Smith, D.S., 1999: Changes in family functioning for stroke rehabilitation patients and their families. Intern J Rehabil Research, 22, 171-179.
- Kitze, K., von Cramon, D.Y., Wilz, G., 2002: Psychische Belastungen bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten. Rehabilitation, 41, 401-406.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, B.W., 2003: The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. Medical Care, 41 (11), 1284-1292.
- Nouri, F.M., Lincoln, N.B., 1987: An Extended Activities of Daily Living Scale for Stroke Patients. Clin Rehab, 1, 301-305.

Therapieeffekte eines computergestützten Teletrainingsystems in der Aphasiotherapie

Schupp, W. (1), Seewald, B. (1), Lederhofer, C. (1), Haase, I. (2)

(1) Fachklinik Herzogenaurach, (2) Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen

Hintergrund und Zweck

Als eine geeignete Möglichkeit zur Intensivierung der Sprachtherapie werden computerbasierte Sprachtherapieprogramme gesehen, die ergänzend zur Einzeltherapie eingesetzt werden. Hierzu gibt es jedoch erst vereinzelt Effektivitätsnachweise (Stachowiak, 1993). Aus Daten einer Machbarkeitsstudie zur Einführung der so genannten EvoCare®Therapie in die Therapie von stationären Patienten mit Aphasien (Schupp & Seewald, 2004) wird deshalb sekundäranalytisch und explorativ der Therapieeffekt untersucht. „EvoCare®Therapie“ bedeutet hierbei, dass Aphasiker ergänzend zur konventionellen Sprachtherapie ein hochfrequentes neurolinguistisches Training am Computer erhalten (Seewald et al., 2004a).

Methodik

Die Studie wurde als prospektive Anwendungsbeobachtung mit 75 Patienten (davon erhielten 49 Patienten EvoCare®Therapie und 26 Patienten konventionelle Sprachtherapie) in der Fachklinik Herzogenaurach durchgeführt, nachdem das System entwickelt, getestet und in den klinischen Ablauf der stationären und ambulanten neurologischen Abteilung der Fachklinik eingeführt worden war. Die Erhebungsinstrumente umfassen ausführliche Dokumentationsbogen für Ärzte und Sprachtherapeuten sowie problemadäquate Patientenfragebogen. Der Aachener Aphasie Test (AAT) wurde bei 18 Probanden der Untersuchungsgruppe (ET-Gruppe) sowie zusätzlich bei vier Patienten, die ausschließlich konventionelle face-to-face

Sprachtherapie erhielten (KT-Gruppe), zur Therapieverlaufsevaluation bei Aufnahme und vor Entlassung eingesetzt.

Ergebnisse

Von der Zuweisungsstrategie der Therapeuten überwogen in der Gruppe ET komplexe aphasische Störungen (Globale A., Wernicke A.) mit gleichzeitig stärkerer Symptomausprägung (schwer und mittelschwer in ET 75,5 %, in KT 46,2 %). In der Gruppe ET zeigten 13 von 18 Probanden eine signifikante Verbesserung in mindestens einem Untertest (72 %). In der Gruppe KT zeigten zwei von vier Probanden eine signifikante Verbesserung in mindestens einem Untertest. Betrachtet man die Veränderungen in den Profilhöhen im Vergleich zwischen den Gruppen ET und KT, so zeigt sich ein mittlerer bis großer Effekt zugunsten der Fallgruppe (Effektstärke = 1,13). Allerdings ist aufgrund der geringen Fallzahlen in der KT-Gruppe Vorsicht bei der Interpretation geboten.

Im Bereich der Spontansprache wurde in Anlehnung an Huber et al. (1997) eine Verbesserung um mindestens zwei Skalenpunkte in den entsprechenden Skalen des AAT als klinisch relevant definiert. Auf der Basis dieser Definition erzielten 8 von 18 Patienten (44 %) der ET-Gruppe, aber keiner der 4 Patienten der KT-Gruppe, eine relevante Verbesserung in mindestens einer der sechs Skalen für Spontansprache. Fortschritte zeigten sich insbesondere in den Skalen „Kommunikationsverhalten“ und „syntaktische Struktur“, während in der Skala „automatisierte Sprache“ keinem Patienten ein bedeutsamer Zuwachs gelang.

Diskussion und Schlussfolgerung

Betrachtet man den Behandlungsverlauf der Probanden mittels AAT, so zeigen sich häufigere Verbesserungen in der ET-Gruppe. Dieses Ergebnis ist möglicherweise erklärbar durch (1) Deckeneffekte im AAT, die bei leichter ausgeprägten Aphasien weniger gut Verbesserungen abbilden, (2) tendenziell längere Aufenthaltsdauer der Patienten der ET-Gruppe und/oder (3) durch die zusätzliche computergestützte Therapie (Seewald et al., 2004b). Allerdings muss hier grundsätzlich berücksichtigt werden, dass die zugrunde liegende Studie nicht als vergleichende Wirksamkeits-Studie angelegt war, sondern in erster Linie der Identifikation geeigneter Zielgruppen und der Abbildung des Zuweisungsverhaltens der Therapeuten dienen sowie Erkenntnisse über Praktikabilität und Akzeptanz des Systems liefern sollte. Das entsprechende Studiendesign erlaubt nur begrenzt Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der EvoCare®Therapie. Es sind nach Ansicht der Autoren jedoch genug Hinweise vorhanden, um als generelle Arbeitshypothese für Folgestudien einen klinisch relevanten Effekt der EvoCare®Therapie zu postulieren. Es bedarf weiterer Studien, um dies eindeutig zu belegen.

Literatur

- Huber, W., Willmes, K., Poeck, K. et al. (1997): Piracetam as an Adjuvant to Language Therapy for Aphasia: A Randomized Double-Blind Placebo–Controlled Pilot Study. *Arch Phys Med Rehabil* 78: 245-250.
- Schupp, W., Seewald, B. (2004): Computergestütztes Training in der Aphasietherapie. Teletherapie-Teilsystem Neurolinguistisches Modul. Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See (Veröffentlichter Abschlussbericht ISBN 3-920269-25-X).
- Seewald, B., Rupp, E., Schupp, W. (2004a): Computergestützte Aphasiebehandlung: Das Konzept der EvoCare Therapie. *Forum Logopädie* (2): 24-29.

- Seewald, B., Rupp, E., Schupp, W. (2004b): Computergestütztes Training - Möglichkeiten zur effizienten Erweiterung der Therapiefrequenz. DRV-Schriften Bd. 52, Frankfurt/Main, S 439 - 440.
- Stachowiak, F.J. (1993): Computer-based aphasia therapy with the Lingware/STACH system. In: Stachowiak, F.J. (ed.): Developments in the assessment and rehabilitation of brain-damaged patients. Gunter Narr Verlag, Tübingen: 353-380.

Evaluierung psychosomatischer Belastungsfaktoren als Grundlage ressourcenorientierter Rehabilitation am Modell der Behandlung von Patienten mit kompensiertem und dekompenziertem Tinnitus

Stobik, C. (1), Müllender, J. (1), Weber, R.K. (2), Münte, T.F. (3), Frommer, J. (4)

(1) Westerklinik, Waldbreitbach, (2), Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Stuttgart, (3) Institut II der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg, (4) Klinikum der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Ziele

Der chronisch dekompenzierte Tinnitus wird heute ätiologisch als uneinheitliches komplexes psychosomatisches Geschehen beschrieben (Fichter & Goebel, 1996). Dabei wird sowohl otologischen, weiteren somatischen Funktionsschädigungen als auch psychischen und sozialen Faktoren ein bestimmender Einfluss auf die subjektive Tinnitusbelastung zugeschrieben. Weitgehend ungeklärt ist jedoch das Zusammenspiel dieser Faktoren im Einzelnen und ihr Einfluss auf die Tinnitusbewältigung. In unserer Studie wird der Einfluss von psychosozialen und körperlichen Faktoren auf die subjektive Tinnitusbelastung untersucht. Dabei wird Bezug genommen auf Patientendaten, die ab etwa Ende der 90-er Jahre in der Westerklinik Waldbreitbach, einer Rehabilitationsklinik für Neurologie und neurologische Psychosomatik erhoben wurden (Stobik et al., 2003). Der Schwerpunkt der Studie lag auf der Evaluierung einer Diagnostik, in der versucht wurde, die verschiedenen Ebenen psychosomatischen Geschehens zu erfassen, sie im therapeutischen Prozess zu berücksichtigen und dennoch im Sinne des Patienten und der Behandlungsressourcen der Klinik ökonomisch zu bleiben.

Methodik

53 Patienten mit chronischem Tinnitus wurden mit Hilfe des Tinnitusfragebogens (TF) nach dem Ausmaß ihrer subjektiven Tinnitusbelastung in zwei Belastungsgruppen - kompensiert und dekompenziert - (Lenarz, 1998) eingeteilt. Mit Hilfe von Selbstbeurteilungsinstrumenten und der Erhebung somatischer Belastungsfaktoren wurden diese Patienten dann auf Unterschiede im psychischen und psychosozialen Bereich, in ihrer Art der Krankheitsverarbeitung und in ihrer Komorbidität untersucht.

Ergebnisse

Die Patienten mit einem dekompenzierten Tinnitus waren psychisch und sozial beeinträchtigt, depressiver und besaßen eine ineffektivere Krankheitsverarbeitung. Dabei spielten psychosoziale Belastungen als auslösende oder verstärkende Bedingungen in der subjektiven Krankheitstheorie beider Patientengruppen gleichermaßen eine bedeutsame Rolle. Der

wesentliche Unterschied zwischen beiden Belastungsgruppen lag jedoch in einer deutlich höheren somatischen Multimorbidität, insbesondere in der Vergesellschaftung mit Hypakusis und Herzkreislauferkrankungen. So litten 81 % aller Patienten an einer Hörstörung, von denen lediglich ein Fünftel mit einem Hörgerät versorgt war. Patienten mit einem dekompensierten Tinnitus waren dabei durch einen signifikant höheren Ausprägungsgrad ihrer Hörstörung stärker beeinträchtigt.

Schlussfolgerungen

In der Diagnostik und Therapie des Tinnitus müssen neben psychischen und psychosozialen Aspekten somatische Faktoren als Einflussgröße auf die Krankheitsverarbeitung stärkere Berücksichtigung finden. So zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass erst, wenn beispielsweise die Hörstörung behandelt und der Betroffene umfassend informiert ist - im Sinne eines sogenannten Counselling -, seine potenziell vorhandenen Bewältigungsstrategien greifen können, unterstützt und ergänzt von einer individuellen psychotherapeutischen Intervention. Wenn der Tinnitus als Symptom in seinen Ursachen und Bezügen zum Stressgeschehen individuell begreifbar und individuell bezogen auf die Hörstörung erfolgreich behandelt wird, wird dies die Compliance des Patienten erhöhen, zusätzlich bestehende, psychische und psychosoziale Probleme im Rahmen regulärer Psychotherapieangebote der Klinik aufzuarbeiten. Der Tinnitus wird dann im Verständnis des Patienten, was er eigentlich ist - Symptom einer Hörstörung und missglückter Stressbewältigung, weniger ein hochdramatisches Krankheitsgeschehen. Im Ergebnis der Untersuchungen sollte und kann ein personenzentrierter, psychosomatischer Behandlungsansatz bereits in der Diagnostik-Phase die Weichen für eine effektive, ökonomische Therapie stellen, mit nur noch in Ausnahmefällen erforderlichen, zusätzlichen Untersuchungen. Damit kommen wir hier zu einem ähnlichen Ergebnis wie Kröner-Herwig et al. (2003), die in der Mehrzahl der Tinnitusfälle eine sogenannte minimal-contact-intervention für angemessen, ausreichend und erfolgversprechend halten.

Literatur

- Fichter, M., Goebel, G. (1996): Psychosomatische Aspekte des chronisch komplexen Tinnitus. Deutsches Ärzteblatt, 93, A-1771-1776.
- Kröner-Herwig, B., Frenzel, A., Fritsche, G., Schilkowsky, G., Esser, G. (2003): The management of chronic tinnitus. Comparison of an outpatient cognitive-behavioral group training to minimal-contact interventions. Journal of Psychosomatic Research, 54, 381-389.
- Lenarz, T. (Hrsg.) (1998): Leitlinie Tinnitus der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie. Laryngo-Rhino-Otologie, Heft 9, Sonderdruck.
- Stobik, C., Weber, R.K, Münte, T.F., Frommer, J. (2003): Psychosomatische Belastungsfaktoren bei kompensiertem und dekompensiertem Tinnitus. Psychother Psych Med; 53: 344-352.

Online-Therapie der kortikalen Blindheit – ein neuropsychologisches Verfahren der Tele-Rehabilitation

Tegenthoff, M. (1), Pleger, B. (1), Schmitz, J. (2), Widdig, W. (1)

(1) Neurologische Universitätsklinik, BG-Kliniken Bergmannsheil Bochum, (2) Gesellschaft für telematische Traumatologie (Teltra GmbH) Bochum

Das Sehen vermittelt dem Menschen sämtliche optischen Umwelteindrücke und ist damit für viele die wichtigste Wahrnehmungsfunktion. Die häufigsten kortikalen Sehstörungen sind Gesichtsfeldausfälle, die infolge eines Schlaganfalls oder einer Hirnverletzung auftreten können. Im Falle einer beidseitigen Schädigung der Sehrinde kann es zu einer so genannten kortikalen Blindheit mit funktionell vollständigem Ausfall der Sehfunktion kommen. Während für die Rehabilitation von Gesichtsfeldstörungen verschiedene therapeutische Ansätze im Einsatz sind, existierte für Patienten mit schwersten kortikalen Sehstörungen im Sinne einer kortikalen Blindheit bzw. eines residualen rudimentären Restvisus in Form von erhaltener Hell-/Dunkeldifferenzierung keine Therapiemöglichkeit. In der hiesigen Klinik wurde in den letzten Jahren auf experimenteller Basis eine visuelle Stimulationstherapie für Patienten mit diesen schwersten kortikalen Sehstörungen in Form einer repetitiven visuellen Stimulation mit individuell angepassten Licht- und Farbreizen entwickelt. Durch eine mehrmonatige Behandlung dieser schwer hirngeschädigten Patienten ließ sich in der Mehrzahl der Fälle die Restitution eines funktionsfähigen, wenn auch stark eingeschränkten Gesichtsfeldes erreichen. Bei günstigem Verlauf war längerfristig eine begrenzte Lesefähigkeit herstellbar (Tegenthoff et al., 1998; Widdig et al., 2003).

Mittels funktioneller Kernspintomographie ließ sich therapiebegleitend zeigen, dass durch die repetitive visuelle Stimulationstherapie eine Steigerung der Hirnaktivität im Bereich des geschädigten, primär visuellen Kortex induziert wird. Diese Aktivität lokalisierte sich in erster Linie in periläsionale Bereiche. Die vermehrt occipitale Aktivität korrelierte mit der Verbesserung der Sehfähigkeit des einzelnen Patienten. Insofern ist als physiologische Grundlage der erfolgreichen repetitiven Stimulationstherapie am ehesten eine funktionelle kortikale Reorganisation periläsioneller Neuronenverbände im Bereich der Sehrinde zu diskutieren (Pleger et al., 2003; Rausch et al., 2000).

Um langfristige stationäre Rehabilitationsbehandlungen zu vermeiden und eine kostengünstigere Therapiemöglichkeit bereitzustellen, wurde inzwischen eine Online-Therapie der kortikalen Blindheit (OTCB) entwickelt. Dieses Therapieverfahren wird über das Internet vom Patienten in der häuslichen Umgebung über mehrere Monate durchgeführt. Die Therapie wird virtuell durch den neuropsychologischen Therapeuten begleitet, welcher online den Therapieverlauf dokumentiert, kontrolliert und ggf. auch modifizieren kann. Der Therapeut steht insofern ständig auch für Rückfragen des Patienten zur Verfügung. Durch den Einsatz dieser neuartigen Tele-Rehabilitation lässt sich eine Verbesserung der Sehfähigkeit bei diesen schwer geschädigten Patienten erreichen. Gleichzeitig handelt es sich um ein kostengünstiges Verfahren, das dem Patienten die Möglichkeit lässt, in seiner häuslichen Umgebung zu verbleiben und ihm stationäre Aufenthalte und Anreisewege erspart. Insofern ist die Online-Therapie der kortikalen Blindheit (www.otcb.de) auch geeignet, Patienten nach entsprechender Diagnosestellung europa- bzw. weltweit zu rehabilitieren.

Literatur

Pleger, B., Foerster, A.-F., Widdig, W., Henschel, M.G., Nicolas, V., Jansen, A., Frank, A., Knecht, S., Schwenkreis, P., Tegenthoff, M., 2003: Functional magnetic resonance i-

- maging mirrors visual recovery after repetitive tachistoscopic stimulation in patients with partial cortical blindness. *Neurosci Lett* 335, 192-196.
- Rausch, M., Widdig, W., Eysel, U.T., Tegenthoff, M., 2000: Enhanced responsiveness of human extrastriate visual areas to photic stimulation in patients with severely reduced vision. *Exp Brain Res* 135, 34-40.
- Tegenthoff, M., Widdig, W., Rommel, O., Malin, J.-P., 1998: Visuelle Stimulationstherapie in der Rehabilitation der posttraumatischen kortikalen Blindheit. *Neurol Rehabil* 4, 5-9.
- Widdig, W., Pleger, B., Rommel, O., Malin, J.-P., Tegenthoff, M., 2003: Repetitive visual stimulation: a neuropsychological approach to the treatment of cortical blindness. *Neurorehabilitation* 18, 227-237.

Welche Brustkrebspatientinnen nehmen eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch?

Bartel, C., Pritzkeleit, R., Waldmann, A., Templin, B., Katalinic, A., Raspe, H.

Institut für Krebsepidemiologie e. V. an der Universität zu Lübeck

Hintergrund

Brustkrebs ist mit 149,4 Fällen/100.000 der weiblichen Bevölkerung der häufigste bösartige Tumor der Frau in Schleswig-Holstein (Krebsregister Schleswig-Holstein, 2001). Das Mammakarzinom stellt eine chronische Erkrankung mit hoher Prävalenz dar, 5-Jahres-Überlebenschancen = 83,3 % (IARC, 2002). Krankheit und Therapie verursachen eine hohe Morbidität. Damit stellt das Mammakarzinom eine Indikation für eine stationäre Anschlussheilbehandlung dar (VDR, 1996).

Daten und Methodik

Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs, die im (epidemiologischen) Krebsregister Schleswig-Holstein seit 2001 erfasst waren, wurden im Rahmen der bevölkerungsbezogenen OVIS-Studie (OVIS steht für Onkologische Versorgung in Schleswig-Holstein) schriftlich mit einem 21-seitigen Fragebogen zu ihrer Erkrankung, Diagnostik, Therapie, Nachbetreuung und gesundheitsbezogener Lebensqualität befragt. Zwischen Diagnosedatum und dem Zeitpunkt der Befragung lagen durchschnittlich 18 Monate.

Ergebnisse

Die Responserate lag bei 80,6 % (943 von 1170 angeschriebenen Frauen). 876 von 943 Patientinnen machten Angaben zum Thema Rehabilitation. 437 (48,2 %) hatten eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen, 439 (48,4 %) nicht (31 (3,4 %) fehlende Angaben), 36 Fragebögen waren zum Zeitpunkt der Auswertung noch nicht eingegeben worden. Die Teilnehmerinnen waren statistisch signifikant jünger als Frauen, die nicht an einer Rehabilitation teilnahmen (56,8 Jahre vs. 61,3 Jahre; $T = -5,905$; $df: 873,5$, 95 %-KI = [-6,0 - 3,0]). In der Altersgruppe von 35 bis 60 Jahre nahmen 57,4 % Brustkrebs-Patientinnen eine Rehabilitation in Anspruch, in der Altersgruppe der Frauen, die älter als 60 Jahre waren, waren es 39,0 %. Patientinnen mit kleinen Tumoren (bis zu 1cm im Durchmesser, Kategorien T1a und T1b der TNM-Klassifikation) nahmen tendenziell seltener eine Rehabilitation in Anspruch als Patientinnen mit größeren Tumoren. Nodalpositive Patientinnen gingen häufiger zur Rehabilitation als Frauen, die keinen Befall der regionalen Lymphknoten aufwiesen. 50,3 % der Patientinnen, die eine Rehabilitation in Anspruch nahmen, waren brusterhaltend operiert worden vs. 42,4 % der Nichtteilnehmerinnen. Reha-Teilnehmerinnen kamen häufiger aus städtischen Gebieten als aus ländlichen Regionen. 78,1 % der Reha-Patientinnen bezeichneten die Maßnahme als Erfolg und nur 9,2 % waren nicht dieser Meinung (12,7 % fehlende Werte).

Diskussion

Die Auswertungen der OVIS-Studie ermöglichen es, Patientinnen, die an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, zu charakterisieren. Nach unseren Daten haben das Alter und das Tumorstadium bei Erstdiagnose als auch der Wohnort (Stadt-Land) einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Da die Inzidenz altersspezifisch ansteigt, sollte geprüft werden, ob Frauen, die älter als 60 Jahre sind, von Rehabilitationsmaßnahmen mehr profitieren könnten. Frauen aus ländlichen Gebieten sollten stärker motiviert werden, die medizinische Rehabilitation zu nutzen.

Literatur

Institut für Krebs Epidemiologie e. V. (2003): Krebs in Schleswig-Holstein, Band 3 Inzidenz und Mortalität im Jahr 2001.

EUCAN, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union (1998 estimates): IARC Lyon 2002.

Webseite der LVA Schleswig-Holstein (2004): AHB-Indikationskatalog des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) 1996.

Bestehen aufgrund des Herkunftslandes Unterschiede in der Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen? - Eine Analyse von LVA-Patientinnen

Hartmann, U. (1), Ring, C. (2), Kaluscha, R. (3), Reuss-Borst, M. (1)

(1) Reha-Klinik der LVA Baden-Württemberg "Am Kurpark", Bad Kissingen, (2) Abteilung Biometrie und Med. Dokumentation, Universität Ulm, (3) Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin, Universität Ulm

Die Verbesserung der Lebensqualität ist, neben der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, ein Hauptziel der onkologischen Rehabilitation. Dennoch gibt es bislang nur wenige Studien die sich mit dieser Thematik beschäftigen. Auch die Frage, ob eine Anpassung der bislang üblichen Behandlungsmaßnahmen an die Bedürfnisse unterschiedlicher Patientengruppen nötig ist, um eine höhere Effizienz der Rehabilitation zu erreichen, wird in der Literatur bislang praktisch nicht diskutiert. Im Rahmen einer Studie zur Erforschung der Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen haben wir hierzu eine Analyse bei 198 Patientinnen, bei denen vor nicht mehr als 5 Jahren ein histologisch gesichertes Mamma-Karzinom diagnostiziert wurde, hinsichtlich Herkunftsland und Lebensqualität durchgeführt. In der Literatur gibt es zwar Untersuchungen über Unterschiede zwischen anglo- und afroamerikanischen Patientinnen (Ashing-Giwa et al., 1999), jedoch liegen bislang keine Daten darüber vor, ob sich Brustkrebspatientinnen des eurasischen Kontinents durch ihre Herkunft in der Lebensqualität unterscheiden. Dabei ist gerade diese Fragestellung im Zuge der allgemeinen politischen Entwicklung, und des damit zunehmend gemischteren Patientenklentel, von zunehmendem Interesse.

Die Daten über das Herkunftsland in unserer Analyse wurden durch ein computerlinguistisches Verfahren aus den Entlassbriefen der Patientinnen ermittelt. Daten zur Lebensqualität

wurden jeweils zu Beginn und am Ende der Reha-Maßnahme mittels des QLQ-C30 der EORTC im Interviewverfahren erhoben. Hierbei errechnen sich aus den beantworteten Fragen Score-Werte von 0-100 für die Lebensqualitätsdimensionen: physische, emotionale, kognitive, soziale und Rollenfunktion sowie die globale Lebensqualität. Je höher der Wert, desto besser ist die jeweilige Funktion. Um die Gruppen Herkunftsland: Deutschland / Ausland zu vergleichen, wurden zu den Differenzen der obengenannten Werte zwischen den Gruppen die 95 %igen-Konfidenzintervalle gebildet. Liegt die 0 innerhalb dieses Intervalls, besteht kein statistisch gesicherter Unterschied, liegt sie außerhalb, kann man von einem Unterschied der Gruppen ausgehen.

Der Anteil der Patientinnen ausländischer Herkunft lag bei 33,3 % (n = 66), wobei Frauen aus ehemaligen GUS-Staaten (z.B. Ukraine, Kasachstan...), osteuropäischen Staaten (Polen, Rumänien...), dem Balkan (Serbien, Slowenien...), Süd - und Mitteleuropäischen Ländern (Italien, Griechenland, Niederlande...) und der Türkei vertreten waren. Bezüglich des Alters und des Tumorstadiums bestanden folgende Unterschiede zwischen den Gruppen: Patientinnen deutscher Herkunft waren im Mittel älter (Mittelwert: 57,0 + 8,9 Jahre; Differenz zu ausländischen Patientinnen: 5,4 Jahre; KI (2,8;8,0)) und hatten häufiger T1+2-Stadien (Anteil: 96,1 %; Differenz: 10,4 %; KI (1,3 %;19,5 %)) als ausländische Patientinnen. Da das Alter der Patientinnen keinen Einfluss auf die Lebensqualität hat (Ganz et al., 2003; Cohen, 2000), kann eine Auswirkung des Altersunterschieds zwischen den Gruppen auf die folgenden Ergebnisse ausgeschlossen werden. Bezüglich der Lebensqualität vor Reha waren ausländische Patientinnen lediglich in der emotionalen Funktion stärker eingeschränkt als deutsche (mediane Differenz zw. den Gruppen: 16,67; KI (8,33;16,67)). Bezüglich der globalen Lebensqualität profitierten die deutschen Patientinnen häufiger (80,2 % gegenüber 66,2 %; KI der Differenz zw. den Gruppen (0,7 %;27,3 %)), bzgl. der sozialen Funktion seltener (37,9 % gegenüber 55,4 %; KI (-32,1 %;-2,9 %)) als Frauen ausländischer Herkunft.

Wir konnten somit zeigen, dass Unterschiede der Lebensqualität von Patientinnen deutscher und ausländischer Herkunft vor Reha nur in der emotionalen Funktion bestehen, welche durch die bestehenden Mentalitätsunterschiede erklärt werden. Auch die Tatsache, dass ausländische Patientinnen ihre globale Lebensqualität nach Reha seltener als gebessert einschätzen, obwohl sie in den einzelnen Lebensqualitätsdimensionen ebenso sehr profitieren wie deutschen Patientinnen, kann hierdurch erklärt werden. Die einzelnen Lebensqualitätsdimensionen werden mit konkreten Fragen nach Symptomen erfasst, die globale Lebensqualität hingegen mit zwei sehr allgemein gehaltenen Fragen, in welchen sich mentalitätsbedingte Unterschiede zwischen den Patientinnen leichter widerspiegeln können. Dass bei deutschen Patientinnen seltener eine Verbesserung der sozialen Funktion zu verzeichnen war, liegt daran, dass diese bereits zu Beginn der Reha häufig schon so gute Werte hatten, dass eine Verbesserung nicht mehr möglich war. Insgesamt kann man sagen, dass Patientinnen, die der deutschen Sprache einigermaßen mächtig sind, vom herkömmlichen Therapieprogramm gut profitieren.

Literatur

Ashing-Giwa, K., Ganz, P.A., Petersen, L. (1999): Quality of life of African-American and white long term breast carcinoma survivors. *Cancer*, Jan 15; 85 (2): 418-426.

- Cohen, L., Hack, T.F., deMoor, C. et al., (2000): The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Ann Surg Oncol*; 7: 427-434.
- Ganz, P.A., Guadaboli, E., Landrum, M.B. et al., (2003): Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol*; 21: 4027-4033.

Evaluation neuropsychologischer Trainingsprogramme in der onkologischen Rehabilitation: Ergebnisse des Forschungsprojekts ENTOR

Poppelreuter, M., Weis, J., Mumm, A., Bartsch, H.H.

Klinik für Tumorbiologie, Klinik für Onkologische Rehabilitation und Nachsorge, Freiburg i.Br.

Neuropsychologische Defizite als Langzeitfolge chemotherapeutischer Behandlung rücken in den vergangenen Jahren zunehmend in das Blickfeld psychoonkologischer Forschung. Wie aktuelle Übersichtsarbeiten belegen (z.B. Anderson-Hanley et al., 2003; Morse et al., 2003), ist der Wissensstand zu diesem Themenkomplex immer noch rudimentär und unsystematisch. Bislang gibt es nur für den Bereich der pädiatrischen Onkologie erste Ansätze zu gezielten und empirisch evaluierten Rehabilitationsstrategien (Butler & Copeland, 2002).

Zwischen 2001 und 2004 führten wir eine durch VDR und BMBF geförderte Studie durch, in der an zwei Patientengruppen, für die entsprechende Beeinträchtigungen gut dokumentiert sind (Mamma-Ca-Patientinnen nach adjuvanter Chemotherapie; Patienten mit malignen Systemerkrankungen nach hämatopoetischer Stammzelltherapie (HSCT)), die Effektivität von zwei spezifischen Trainingsformen (PC-gestütztes Einzeltraining versus neuropsychologisches Gruppentraining) gegen eine Vergleichsgruppe von Patienten in der stationären onkologischen Rehabilitation ohne spezifisches Training evaluiert wurde (für eine ausführlichere Beschreibung des Studiendesigns: Poppelreuter et al., 2002). Primäre Zielsetzungen der Studie waren, Informationen über die Prävalenz und Relevanz neuropsychologischer Störungen im Rahmen der onkologischen Rehabilitation zu erhalten, die Durchführbarkeit entsprechender (zeitaufwendiger) Untersuchungs- und Interventionsmaßnahmen im Rahmen eines komplexen stationären Programms zu testen und die Effektivität der Interventionen empirisch zu evaluieren.

In der ca. 18 Monate dauernden Erhebungsphase der Studie konnten mehr als 450 Patientinnen und Patienten untersucht werden, die die Einschlusskriterien erfüllten. Mittels eines kurzen neuropsychologischen Screenings identifizierten wir Personen mit Hinweisen auf mögliche Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und fanden für beide Diagnosegruppen hohe Prävalenzraten (HSCT: 94 von 155 Pat., entspricht 60 %; Mamma-Ca: 132 von 298 Pat., entspricht 44 %). Insgesamt 171 Personen konnten in die Studie eingeschlossen werden. Neben einer umfangreichen neuropsychologischen Untersuchung mit Schwerpunkt auf den Bereichen Aufmerksamkeit und Gedächtnis kamen diverse Fragebogeninstrumente zur Erfassung der Lebensqualität, Fatigue, emotionaler Befindlichkeit und Selbsteinschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alltag zum Einsatz. Weiterhin wurden über eine umfangreiche medizinische Dokumentation potentielle Moderatorvariablen

erfasst. Untersuchungen am Ende der stationären Rehabilitation zeigten substantielle Verbesserungen der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistung sowohl in den beiden Trainingsgruppen wie auch in der Vergleichsgruppe ohne spezifisches kognitives Training. Von den am Beginn der Rehabilitation eingeschlossenen Personen erfüllten ca. 40 % unser Kriterium für neuropsychologische Defizite. Im Katamnesezeitraum von sechs Monaten zeigten sich sehr viel geringere Veränderungen als während des Rehabilitationszeitraumes, wobei die Tendenzen in den beiden Diagnosegruppen unterschiedlich ausfielen: im Hinblick auf unser Kriterium für neuropsychologische Defizite wurde bei den Mamma-Ca-Patientinnen eine weitere Verbesserung des neuropsychologischen Status erkennbar, während es in der HSCT-Gruppe eher eine Tendenz zur Verschlechterung gab.

Neuropsychologische Folgestörungen sind auch durchschnittlich ein Jahr nach Beendigung der onkologischen Therapie für eine Teilgruppe der Patienten in vollständiger Remission ein relevantes Problemfeld mit vielfältigen Implikationen für die Lebensqualität und Alltagsbewältigung. Qualitative Aspekte dieser Defizite, mögliche Risikofaktoren und Implikationen für die medizinische und berufliche Rehabilitation werden diskutiert.

Literatur

- Anderson-Hanley, C., Sherman, M.L., Riggs, R., Agocha, V.B., Compas, B.E. (2003): Neuropsychological effects of treatments for adults with cancer: A meta-analysis and review of the literature. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9: 967-982.
- Butler, R.W., Copeland, D.R. (2002): Attentional processes and their remediation in children treated for cancer: a literature review and the development of a therapeutic approach. *Journal of the International Neuropsychological Society*; 8: 115-124.
- Morse, R., Rodgers, J., Verrill, M., Kendell, K. (2003): Neuropsychological functioning following systemic treatment in women treated for breast cancer: a review. *European Journal of Cancer*, 39: 2288-2297.
- Poppelreuter, M., Weis, J., Mumm, A., Bartsch, H.H. (2002): Evaluation neuropsychologischer Trainingsprogramme in der onkologischen Rehabilitation: Vorstellung eines Forschungsprojekts. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *Teilhabe durch Rehabilitation*. 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 4. bis 6. März in München (DRV-Schriften, Band 33): 396-397.
- Weis, J., Poppelreuter, M., Mumm, A., Bartsch, H.H. (2004). Evaluation of Neuropsychological Training Programmes Following Intensified Oncological Therapy: A Controlled-Randomised Study. *Psycho-Oncology*, 13 (8) Supplement, 25.

Psychische Komorbidität, Inanspruchnahme und Information über psychosoziale Interventionsangebote bei einer repräsentativen Stichprobe von Brustkrebspatientinnen

Mehnert, A., Koch, U.

Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Hintergrund und Zielsetzung

Die Untersuchung der Prävalenz komorbider psychischer Störungen bei Krebspatientinnen und Krebspatienten hat in den letzten Jahren in der psychoonkologischen Forschung zu-

nehmend an Bedeutung auch in Hinblick auf die Planung und Gestaltung von psychosozialen Unterstützungsangeboten im medizinischen Versorgungssystem insgesamt wie in der medizinischen Rehabilitation gewonnen. Die vorliegende Studie zielt auf die Untersuchung der Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen bei Brustkrebspatientinnen sowie auf die Erfassung des Bedarfs, der Inanspruchnahme und der Information über psychosoziale Interventionsangebote und basiert auf einer Querschnittuntersuchung, die am Institut für Medizinische Psychologie des UKE in Kooperation mit dem Hamburgischen Krebsregister durchgeführt und von der Cora Lobscheidt-Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft gefördert wurde.

Methodik

In die Studie einbezogen wurden Brustkrebspatientinnen, die zwischen 1997 und 2001 diagnostiziert worden waren. Der vom Hamburgischen Krebsregister nach dem Zufallsprinzip ausgewählte und dem Institut für Medizinische Psychologie übermittelte Datensatz enthielt Name und Wohnadresse, Alter, Monat und Jahr der Diagnosestellung sowie die pTNM-Klassifikation. Alle Patientinnen erhielten postalisch ein Anschreiben, in dem sie über die Studie informiert und gebeten wurden, u.a. folgende validierte Selbstbeschreibungsbögen auszufüllen: Impact of Event Scale – revidierte Version (IES-R), Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D). Ergänzend beantworteten die Patientinnen Fragen zum Bedarf, zur Inanspruchnahme und zur Informiertheit über psychosoziale Unterstützungsangebote.

Ergebnisse

Der Fragebogen wurde von N=1.083 Patientinnen ausgefüllt (Rücklaufquote: 67 %). Die Prüfung der Repräsentativität der Stichprobe zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen Studienteilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmerinnen in den prüfbaren Variablen Alter, Zeit seit Diagnosestellung sowie Tumorstadium (jeweils $p > .45$). Die Patientinnen sind im Mittel 62 Jahre alt. Knapp zwei Drittel sind verheiratet, 41 % haben einen Hauptschulabschluss. Knapp zwei Drittel sind berentet. Die häufigsten Tumorstadium sind I (36 %) und IIA (23 %). 13 % der Patientinnen berichten ein Rezidiv oder ein Fortschreiten der Erkrankung. Der zeitliche Abstand zur Diagnosestellung beträgt im Mittel 47 Monate (Range 18-77). Die Anzahl der Patientinnen mit mindestens einer psychischen Diagnose entsprechend den zugrundelegten Cut-off-Wertebereichen (Angst, Depression oder Posttraumatische Belastungsstörung) liegt bei 29 %, wobei 15 % eine, 8 % zwei und 6 % drei Diagnosen aufweisen. Die Zeit seit Diagnosestellung hat keinen signifikanten Einfluss auf die Belastung (jeweils $p > .85$). Das Krankheitsstadium hat zwar über die Zeit einen signifikanten Einfluss auf die psychische Belastung, die Effektstärken sind allerdings sehr klein ($p \leq .01$, $ES = 0.01$). 37 % der Patientinnen haben psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch genommen. Dies sind vor allem psychotherapeutische Angebote während der Rehabilitation und ambulante Psychotherapie. Unabhängig von der Inanspruchnahme fühlt sich knapp die Hälfte (46 %) gar nicht oder kaum über psychosoziale Unterstützungsangebote informiert, weitere 23 % fühlen sich nur teilweise informiert. Von den Patientinnen, die bisher keine Angebote in Anspruch genommen haben, würden sich 16% psychologische Unterstützung wünschen. Patientinnen, die Unterstützungsangebote in Anspruch genommen haben, sind signifikant jünger ($p \leq .001$, $ES = 0.6$), haben einen höheren Schulabschluss ($p = .003$) und fühlen

sich informierter ($p \leq 0.001$, $ES=0.7$) als Patientinnen, die keine Unterstützung in Anspruch genommen haben.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse weisen auf eine hohe psychische Belastung einer Teilgruppe der Patientinnen auch mehrere Jahre nach Diagnosestellung hin. Die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zeigt, dass psychoonkologische Unterstützungsangebote innerhalb der onkologischen Behandlung inzwischen einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Dabei wird der größte Teil der in Anspruch genommenen Angebote im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht. Angebote während der Akutbehandlung, ambulante psychotherapeutische Angebote und Selbsthilfegruppen werden dagegen eher selten genannt. Dass sich nur ein Viertel der Patientinnen gut bis sehr gut über psychosoziale Unterstützungsangebote informiert fühlt, weist auf einen hohen Bedarf an Aufklärung über die Art und den Zugang zu bestehenden Angeboten und eine bessere Planung der Nachsorge hin.

Studie über das subjektive Rehabilitationsbedürfnis von Patientinnen mit Mamma-Carcinom

Hamann, T. (1), Hübner, J. (1), Neises, M. (2), Gutenbrunner, C. (1)

(1) Institut für Balneologie und Medizinische Klimatologie, Hochschule Hannover, (2) Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie, Hochschule Hannover

Hintergrund

Die Forschung über das Mamma-Carcinom, das in Deutschland zu den häufigsten Carcinomen der Frau gehört, richtet sich nach wie vor im Wesentlichen auf die Therapie dieser Erkrankung. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Verlängerung der Überlebenszeit durch eine effektive Bekämpfung des Primärtumors sowie die möglichst frühzeitige Erkennung und Behandlung von Metastasen. Nur wenige Studien befassen sich mit der Frage der Lebensqualität der betroffenen Frauen, die sowohl durch körperliche Behinderungen als auch durch psychosoziale Belastungen erheblich beeinträchtigt sein kann. Durch wissenschaftliche Studien in der Rehabilitationsmedizin konnte belegt werden, dass Reha-Maßnahmen einen positiven Effekt - sowohl auf die Psyche, als auch auf den somatischen Status der betroffenen Patientinnen - haben (Uhlemann, 1995). Dennoch nehmen viele betroffenen Frauen solche Maßnahmen nicht in Anspruch. Diese Diskrepanz zwischen erwiesener Effektivität der Therapie und Nicht-Teilnahme der Betroffenen erfordert eine Analyse der individuellen Einflussgrößen und somit eine Untersuchung des subjektiven Rehabilitationsbedürfnisses für Patientinnen mit Brustkrebs.

Methodik

Bei dieser Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie, bei der zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (während der onkologischen Therapie (= Zeitpunkt 1) bzw. 15 +/- 3 Monate danach (= Zeitpunkt 2)) eine Befragung von Brustkrebspatientinnen durchgeführt wurde. Hierzu wurden neben standardisierten Erhebungsinstrumenten (EORTC QLQ C30+BR23, SF-12, FKV-LIS-SE, HADS, SWE, FREM-17) auch selbstentwickelte Fragen nach dem indivi-

duellen Rehabilitationsbedürfnis und möglichen Hinderungsgründen verwendet. In einer ersten Zwischenauswertung (bisher 55 gesammelte Fälle), wurden zunächst die letztgenannten Fragedimensionen zum Zeitpunkt 1 ausgewertet.

Ergebnisse

Das mittlere Lebensalter der Patientinnen betrug 50,7 +/- 12,3 Jahre, der Therapiebeginn lag zwei bis zehn Monate vor dem Befragungszeitpunkt. 64 % der Patientinnen erhielten eine brusterhaltende Therapie (BET), bei den Übrigen wurde eine Ablatio mammae durchgeführt. 71 % der Befragten erhielten eine Chemotherapie, 54 % wurden strahlentherapiert und 25 % hormonell behandelt. Nur 67 % der Teilnehmerinnen gaben an, dass sie bisher über die Möglichkeit der Teilnahme an einer Rehabilitation informiert worden seien. Dabei wurden 50 % durch Ärzte/Ärztinnen, die Übrigen durch Pflegepersonal, Familie, Mitpatientinnen und Sozialdienst informiert. Um eine aktive Informationssuche bemühten sich nur 17 %. Auffällig war, dass bis zum Untersuchungszeitpunkt nur 19,2 % der Patientinnen einen Antrag auf Rehabilitation gestellt hatten, weitere 30 % beabsichtigten, einen Antrag zu stellen. Definitiv keine Absicht, einen Antrag zu stellen, hatten 26,9 %. Als wichtigste Hinderungsgründe wurden genannt: „Keine oder nur geringe Beschwerden“, „Ich möchte leben wie zuvor“ und „In der Reha wird doch nur über das Thema Krebs gesprochen“. Zu den Hauptmotiven der Patientinnen, an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen, gehörten: „Erholung“, „Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit“ und „Ansprechender Kurort“, während Aspekte wie Informationen über berufliche Umschulungsmaßnahmen oder Rentenantragstellung sowie Beratung über Brustimplantate und -prothesen eine unwichtige Rolle spielen.

Diskussion

Insgesamt zeigt sich in diesem relativ frühen Auswertungsstadium, dass ca. 1/3 der befragten Patientinnen nicht ausreichend über die Möglichkeiten von Rehabilitationsmaßnahmen informiert wurden und eine klare Reha-Absicht nur bei 19,2 % bestand. Zu den wesentlichen Hinderungsgründen zählen die Befürchtung, während der Rehabilitation nur noch über die Krebserkrankung zu sprechen und der Wunsch, das bisherige Leben unverändert fortzuführen.

Literatur

- Feger, D., Thomeit, W. (2003): Rehabilitation nach Mamma-Carcinom, Der Gynäkologe, Heft 10, Band 36. Springer Verlag.
- Uhlemann, T.H., Biskup, M., Held, K., Gärtner, U. (1995): Onkologische Rehabilitation - Subjektive Wahrnehmung stationärer Rehabilitation. Papst Science Publishers, Lengerich.

Ergebnisqualität in der stationären onkologischen Rehabilitation unter Berücksichtigung generischer und krankheitsspezifischer Assessmentinstrumente

Glattacker, M. (1), Farin, E. (1), Jäckel, W.H. (1, 2)

(1) Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, (2) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Hintergrund

Die Ergebnisqualität stellt im Kontext der Qualitätssicherung eine zentrale Qualitätsdimension dar. Zur Messung der Ergebnisqualität werden häufig patienten- und arztseitige Daten erhoben. Im Rahmen der patientenseitigen Outcome-Messung werden generische von krankheitsspezifischen Erhebungsinstrumenten unterschieden. Während generische Messinstrumente einen Vergleich über Indikationen hinweg erlauben, erfassen krankheitsspezifische Instrumente die spezifischen Auswirkungen einer Erkrankung auf das Outcome und gelten somit als änderungssensitiver. Im vorliegenden Beitrag werden die Effekte der stationären onkologischen Rehabilitation, die im Rahmen des QS-Reha-Verfahrens (QS-Programm der GKV in der medizinischen Rehabilitation) ermittelt wurden, unter vergleichender Berücksichtigung generischer und krankheitsspezifischer Verfahren vorgestellt. Ziel ist die Prüfung des Zusatznutzens krankheitsspezifischer Instrumente gegenüber der rein generischen Erfassung der Ergebnisqualität.

Methodik

Die patientenseitige Outcome-Messung basiert im QS-Reha-Verfahren (Onkologie) auf einer Kombination aus dem generischen IRES-Fragebogen (IRES-3; Bührlen et al., 2003) und dem indikationsspezifischen QLQ-C30 der EORTC (Aaronson et al., 1993). Der IRES erfasst mit 144 Items und acht Dimensionen den somatischen, funktionalen und psychosozialen Status der Rehabilitanden, ferner werden edukative Faktoren berücksichtigt. Der QLQ-C30 stellt das Standardinstrument zur onkologiespezifischen Lebensqualitätsmessung in Europa dar. Ein diagnoseübergreifendes Core-Set erfasst mit 30 Items die körperliche, emotionale, kognitive und soziale Funktionsfähigkeit, die Rollenfunktion sowie Symptome, die u.a. den Bereichen Fatigue oder Schmerzen zugeordnet werden. Daneben werden der globale Gesundheitszustand sowie finanzielle Schwierigkeiten erfragt. Beide Erhebungsinstrumente wurden zu Rehabilitationsbeginn, Rehabilitationsende und 6 Monate nach der Rehabilitation ausgefüllt. Die vorliegenden Ergebnisse fokussieren die kurzfristigen Effekte.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst N=548 konsekutiv aufgenommene Patienten aus fünf onkologischen Rehabilitationseinrichtungen, die sich seit Dezember 2003 am QS-Reha-Verfahren beteiligen. Die Patienten sind im Mittel 61,4 Jahre alt (SD=11,5). 61 % der Patienten sind Frauen, 69 % sind verheiratet, 55 % haben Hauptschulabschluss, 72 % sind nicht erwerbstätig. Bös-

artige Neubildungen der Brustdrüse/der weiblichen Genitalorgane sowie der männlichen Genitalorgane/der Harnorgane sind die häufigsten Hauptdiagnosen. Eine Auswertung hinsichtlich der Praktikabilität/Akzeptanz der Instrumente ergab einen Prozentsatz fehlender Werte bis zu 7,5 % (IRES) bzw. 10,9 % (QLQ-C30). Die Korrelationen zwischen den IRES- und den QLQ-C30-Skalen weisen ein plausibles Muster auf; die höchsten Korrelationen ergeben sich zwischen inhaltlich äquivalenten Funktionsskalen. Ferner zeigt sich, dass die Skala „Fatigue“ des QLQ-C30 zwischen .6 und .7 mit somatischen, psychischen und funktionalen Skalen des IRES korreliert. Bezüglich der Rehabilitationseffekte ergeben sich zwischen Aufnahme und Entlassung für alle IRES- und QLQ-C30-Skalen hochsignifikante Verbesserungen ($p < .001$). Die Effekte, die mittels IRES-Fragebogen ermittelt werden, sind durchweg höher als die mittels QLQ-C30 erzielten Effekte. Beispielsweise liegt der Effekt bzgl. des psychischen Befindens (IRES) bei .80, bzgl. der emotionalen Funktionsfähigkeit (QLQ-C30) bei .47. Hinsichtlich fast deckungsgleicher Skalen (z.B. Schmerzen) werden ähnliche Effekte ermittelt (.17 vs. .20). Die Effekte bzgl. der QLQ-C30-Symptomskalen, die im IRES keine Korrespondenz finden, liegen zwischen .04 (Dyspnoe) und .46 (Fatigue).

Diskussion

Die Gegenüberstellung des IRES und des QLQ-C30 zeigt, dass beide Instrumente bzgl. der Akzeptanz gute Ergebnisse erzielen. Das Korrelationsmuster zwischen den Instrumenten weist gleichzeitig auf die Konstruktvalidität und die jeweilige Spezifität beider Instrumente hin – von einer Redundanz der Messungen kann nicht ausgegangen werden. In Bezug auf die Rehabilitationseffekte zeigt sich, dass die generisch ermittelten Effekte – anders als erwartet – insgesamt höher ausfallen. Allerdings erlaubt der QLQ-C30 gegenüber dem IRES zu bestimmten Bereichen wie z.B. der sozialen Funktionsfähigkeit, die der IRES bei Entlassung nicht erfasst, auch kurzfristige Aussagen. Ferner werden krankheitsspezifische Aspekte erfasst (z.B. Fatigue), die über den generischen Ansatz nicht abgedeckt werden. Auf Grund dieser Ergebnisse erscheint für eine umfassende Outcome-Messung eine Kombination aus generischen Aspekten der Funktionsfähigkeit und krankheitsspezifischen Symptomskalen sinnvoll.

Literatur

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M. et al. (1993): The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Bührlen, B., Gerdes, N., Jäckel, W.H. (2003): IRES - Indikatoren des Reha-Status. In Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Farin, E., Follert, P., Gerdes, N., Jäckel, W.H., Thalau, J. (2004): Quality assessment in rehabilitation centres: the indicator system 'Quality Profile'. *Disability and Rehabilitation*, 26 (18), 1096-2104.

Prädiktoren für die Effektivität eines psychologischen Schlaftrainings für onkologische Patienten während der stationären Rehabilitation

Simeit, R. (1), Deck, R. (2)

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

Einleitung und Stand der Forschung

Die Prävalenz von Schlafstörungen bei Krebspatienten liegt mit 44 % bis 61 % deutlich über der in der Gesamtbevölkerung (20 % bis 30 %). Die Ursachen hierfür liegen zum einen in der extremen psychischen Belastung durch die Krebsdiagnose, zum anderen in den krebspezifischen Therapien. Schlafstörungen beeinträchtigen die Lebensqualität der Patienten in deutlichem Ausmaß (Engstrom et al., 1999). Ein langfristiger Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ist kritisch zu betrachten (Perlis, Lichstein, 2003), die Wirkung psychologischer Trainingsmaßnahmen und ihr Erfolg bei Krebspatienten ist noch kaum untersucht (vgl. Quesnel et al., 2003). Neben Krankheitsparametern im engeren Sinn beeinflussen vermutlich Faktoren wie Schmerzintensität, Angst, Depressivität oder Grübeleien den Erfolg eines Schlaftrainings.

In einer eigenen Forschungsstudie, die zwischen 2000 und 2004 durchgeführt wurde, zeigte ein multimodales, psychologisches Schlaftraining für Krebspatienten mit Insomnie während der stationären Rehabilitation positive Effekte (Simeit et al., 2004). Im aktuellen Beitrag wird auf verschiedene Prädiktoren für den Trainingserfolg eingegangen.

Methodik und Studiendesign

In einer Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten (vor der Reha und bis zu sechs Monaten danach) wurde die Wirkung eines multimodalen, psychologischen Schlaftrainings untersucht. Das Training umfasste Module zur Schlafhygiene, Stimulus- und Gedankenkontrolle und zu spezifischen Entspannungsverfahren und wurde während des drei- bis vierwöchigen Aufenthaltes mit insomniegestörten Krebspatienten durchgeführt. Es wurden zwei Interventionsgruppen gebildet, die identische edukative Module (3 Gruppentermine) durchliefen, sich aber in den aktiv erlernten Entspannungsmethoden unterschieden (schlafspezifisch modifizierte Progressive Muskelrelaxation oder Autogenes Training). Eine Kontrollgruppe ohne Schlaftraining wurde zeitversetzt erhoben. Die Zuordnung zu den zwei Interventionsgruppen und zur Kontrollgruppe und der spätere Gruppenvergleich erfolgte unter kontrollierten Bedingungen. Die Datenauswertungen erfolgten mittels χ^2 -Tests, anhand von uni- und multivariaten Varianz- oder Regressionsanalysen (SPSS 10.0).

Ergebnisse

Die einbezogenen Patienten litten am häufigsten unter Brustkrebs und anderen gynäkologischen Tumoren, Nieren- und Prostatakrebs. Die durchschnittliche Dauer der Schlafstörungen betrug etwa 9 Jahre, wobei der Beginn der Schlafstörung weit vor der Diagnosestellung der onkologischen Erkrankung lag. Von der Rehabilitation profitierten alle einbezogenen Gruppen, unabhängig von der Intervention. Die Effekte auf das Schlafverhalten und die ebenfalls erhobene Lebensqualität sind überwiegend auch nach einem halben Jahr noch stabil.

Nach der Durchführung des Trainingsprogramms zeigten die Interventionsgruppen signifikante Verbesserungen in den Schlafparametern, die teilweise deutlich höher waren als bei der Kontrollgruppe. Zum Beispiel verbesserte sich die Einschlaf latenz in den Interventionsgruppen von 66 auf 39 Minuten, in der Kontrollgruppe von 57 auf 51 Minuten, die Schlafeffizienz stieg in den Interventionsgruppen von 59 % auf 71 %, in der Kontrollgruppe lediglich von 62 % auf 65 % (jeweils $p < 0.01$).

Anhand von schrittweisen multiplen Regressionsanalysen wurde der Einfluss verschiedener potenzieller Prädiktoren wie soziodemografische oder krankheits- und schlafspezifische Parameter auf den Erfolg des Schlaftrainings untersucht. Nach Kontrolle des Ausgangswertes der Schlafstörung erwies sich insbesondere die Akzeptanz mit den verschiedenen Entspannungsübungen als bedeutsam (erklärte Varianz 9 %, $p < 0.1$).

Diskussion

Onkologische Patienten mit Schlafstörungen profitieren von einem psychologischen Trainingsprogramm. Die Trainingseffekte bleiben auch über einen längeren Zeitraum nach der Rehabilitation erhalten. Als wichtigster Prädiktor für den Trainingserfolg erwies sich in unserer Stichprobe die Akzeptanz des Schlaftrainings. Von besonderer Bedeutung ist offensichtlich, dass die Patienten zu Beginn der Rehabilitation die Wahlfreiheit erhalten, an einem Schlaftraining teilzunehmen und dass sie sich für die Methode entscheiden können, mit der sie sich subjektiv am besten entspannen. Soziodemografische Daten, die Schwere der Erkrankung, der Abstand zur onkologischen Behandlung und auch die Dauer der Schlafstörungen tragen eher wenig zum Trainingserfolg bei.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Der Einsatz psychologischer Schlaftrainings sollte gezielt und offensiv eingesetzt werden, da sich das Schlafverhalten der Patienten - insbesondere auch bei einer Reduktion von Schlafmitteln - verbessern und ihre Lebensqualität steigern lässt. Vergleichbare Ergebnisse wurden bereits in anderen Studien gezeigt (Currie et al., 2002). Bei der Durchführung der spezifischen Entspannungsverfahren sollte den Patienten allerdings die Entscheidung zum Schlaftraining und die Wahl der Entspannungsmethode überlassen bleiben.

Literatur

- Currie, S., Wilson, K., Curran, D. (2002): Clinical significance and predictors of treatment response to cognitive-behavior therapy for insomnia secondary to chronic pain. *J Behav Med*, 25, 135-153.
- Perlis, M., Lichstein, K. (2003): *Treating sleep disorders*. Wiley, New Jersey.
- Quesnel, C., Savard, J., Simard, S. (2003): Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer. *J Consult Clin Psychol*, 71, 189-200.
- Simeit, R., Deck, R., Conta-Marx, B. (2004): Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Supp Care Canc*, 12, 176-183.
- Simeit, R., Conta-Marx, B. (2004): *Schlaftraining mit Krebspatienten*. Jacobs Verlag, Lage.

Evaluation eines stationären Rehabilitationsprogramm nach allogener Stammzelltransplantation (Forschungsprojekt SANAS)

Auclair, P., Weis, J., Mumm, A., Bartsch, H.H.

Klinik für Tumorbiologie, Freiburg

Hintergrund

Patienten nach allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation sind zum Teil erheblichen krankheits- und therapieassoziierten körperlichen Einschränkungen und psychosozialen Belastungen ausgesetzt, die einen Einfluss auf das Langzeitergebnis des Transplantationserfolgs und die Lebensqualität haben. Vor diesem Hintergrund wurde in der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg ein spezielles Rehabilitationsprogramm für diese Patientengruppe entwickelt und seit 1994 mit steigenden Patientenzahlen regelmäßig durchgeführt.

Zweck der Untersuchung

In der von der José Carreras Leukämie-Stiftung e.V. geförderten Studie soll die Wirksamkeit dieses stationären Programms untersucht werden. Dabei stehen neben medizinischen Parametern vor allem die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität, seelische Befindlichkeit und die Krankheitsverarbeitung im Fokus der Betrachtung. Neben den direkten Einflüssen des Rehabilitationsaufenthaltes werden auch mittel- und langfristige Auswirkungen untersucht. Aus den Ergebnissen sollen Aussagen zum Rehabilitationsbedarf und Empfehlungen für die Indikationsstellung abgeleitet werden.

Methodik/Studiendesign

Im Rahmen einer prospektiv kontrollierten Längsschnittuntersuchung werden Patienten einer Rehabilitationsklinik mit Nicht-Inanspruchnehmern verglichen. Die Rekrutierung der Treatmentgruppe fand bei uns in der Klinik für Tumorbiologie statt. Parallel dazu wurden Patienten, die keine stationäre Rehabilitation in Anspruch nahmen, in den Ambulanzen kooperierender Transplantationszentren in die Studie aufgenommen.

Der Untersuchungsplan umfasst vier Messzeitpunkte, die sich am Ablauf der stationären Rehabilitation und der Nachbetreuung orientieren sowie einen Nacherhebungszeitraum von 12 Monaten einschließen. Die Patienten der Treatmentgruppe erhalten den ersten Fragebogen zu Beginn (T1) und den zweiten am Ende (T2) ihres Aufenthaltes in unserer Klinik. Entsprechend den Zeitvorgaben der Reha-Gruppe bekommen die Patienten der Kontrollgruppe die Fragebögen an einem der ersten Kontrolltermine (T1) bzw. ca. 4-6 Wochen nach der Ersterhebung (T2). Es folgen zwei katamnestische Erhebungen (T3 und T4) im Abstand von sechs bzw. 12 Monaten.

Die medizinischen Daten werden direkt von den behandelnden Ärzten dokumentiert. Bei der Auswahl der Parameter orientierten wir uns an den Formularen der EBMT (The European Group for Blood and Marrow Transplantation).

Die Patientenfragebögen setzten sich zusammen aus dem EORTC QLQ C30 (Lebensqualität), EORTC QLQ HDC50 (Lebensqualität bei Hoch-Dosis-Chemotherapie; vorläufige Version), MFI (Fatigue), TSK (Krankheitsverarbeitung), SWE (Selbstwirksamkeitserwartung) und

FFB-Mot (körperliche Leistungsfähigkeit). Ergänzend wurden die in Anspruch genommenen Angebote erfasst und Fragen zur Akutphase, beruflichen Integration etc. gestellt.

Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse konzentriert sich auf die Untersuchung der Effektivität der Rehabilitationsmaßnahme. Für die Treatmentgruppe (Reha-Inanspruchnehmer) werden zum Zeitpunkt der Präsentation alle Erhebungen zu den Meßzeitpunkten T1 und T2 vorliegen, was eine Auswertung der kurzfristigen Effekte des untersuchten Rehabilitationsprogramms ermöglicht. Die Erhebung der Vergleichsgruppe ist derzeit noch nicht abgeschlossen

Die bisherigen Analysen zeigen eine positive Veränderung der Lebensqualität zum Ende des Aufenthaltes in der stationären Rehabilitation im Vergleich zur Ausgangslage. Die Patientengruppe war bei Rehabilitationsbeginn im Hinblick auf die körperliche, die emotionale sowie die Rollenfunktion stark eingeschränkt und zeigte einen hohen Ausprägungsgrad der tumorbedingten Fatigue. Durch die Rehabilitation ergaben sich deutlich positive Veränderungen dieser Parameter, was auf einen Erfolg des spezifischen Rehabilitationsprogramms hinweist.

Literatur

- Auclair, P., Mumm, A., Weis, J., Bartsch, H.H. (2003): Stationäre Rehabilitation und ambulante Nachsorge bei allogener Stammzelltransplantation (SANAS). DRV-Schriften, Band 52, S. 492-493.
- Bartsch, H.H., Finke, J., Mumm, A. (Hrsg.) (2001): Hämatopoetische Stammzelltransplantation – Neue Konzepte in der Rehabilitation und Nachsorge transplantierte Patienten. Karger Verlag Basel, Freiburg, Paris.
- Socie, G., Salooja, N., Cohen, A., Rovelli, A., Carreras, E., Locasciulli, A., Korthof, E., Weis, J., Levy, V., Tichelli, A. (2003): Non malignant late effects after allogeneic stem cell transplantation. *Blood*, 101, 9: 3373-3385.

Effekte ambulanter onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen - Ergebnisse direkter und indirekter Veränderungsmessung

Lehmann, C. (1), Bergelt, C. (1), Hagen-Aukamp, C. (2), Berger, D. (3), Koch, U. (1)

(1) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, (2) Niederrhein-Klinik, Korschenbroich, (3) Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen, Bochum

Hintergrund

Medizinische Rehabilitationsleistungen werden in Deutschland traditionell im stationären Setting durchgeführt. Der Auf- und Ausbau ambulanter Versorgungsmodelle hat erst in den letzten Jahren begonnen; indikative Schwerpunkte liegen dabei in den Bereichen Orthopädie und Kardiologie. Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zum Wirksamkeitsvergleich von ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen in den genannten Indikationen zeigen, dass ambulante Rehabilitationskonzepte für Teilgruppen von Patienten vergleichbare Effekte wie stationäre Angebote erbringen (Bürger et al., 2002; Haaf et al., 2002). Im Indika-

tionsgebiet Onkologie sind ambulante Rehabilitationskonzepte deutlich seltener implementiert worden. Ergebnisse zur Evaluation ambulanter onkologischer Maßnahmen liegen bislang lediglich aus einem Modellprojekt vor (Koch et al., 2000). Die vorliegende Studie zielt daher auf die Evaluation der ambulanten onkologischen Rehabilitation mittels unterschiedlicher methodischer Herangehensweisen.

Methode

Die Studie beinhaltet zwei unterschiedliche Forschungszugänge:

1. In einer retrospektiven Untersuchung wurden drei Gruppen von Patienten, die in den letzten zwei Jahren eine von der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen (ARGE) finanzierte onkologische Rehabilitation durchgeführt hatten, mittels Fragebogen befragt:
 - 208 Patienten in ambulanter Rehabilitation
 - 78 Patienten in stationär-wohntnahe Rehabilitation
 - 180 Patienten in stationär-wohntferner Rehabilitation
2. Mit dem eingesetzten Instrument wurden neben gesundheitlichen Veränderungen auch die Patientenzufriedenheit und strukturelle Aspekte erhoben. Zur Erfassung medizinischer Outcomeparameter wurden die Entlassberichte der Patienten als Datenquelle herangezogen.

Im Rahmen einer Prä-Post-Messung wurde eine Befragung von jeweils 59 ambulanten und stationären Patienten zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Neben psychologischen Zielgrößen (Lebensqualität, Angst, Depressivität), die mittels standardisierter Fragebogenverfahren (SF-12, HADS-D) gemessen wurden, war auch die Erfassung von Veränderungen in medizinischen und funktionellen Parametern Gegenstand dieser Teilstudie.

Ergebnisse

Sowohl in der retrospektiven als auch in der prospektiven Teilstudie ist die Mehrzahl der Patienten settingübergreifend männlich (66 %); das durchschnittliche Alter liegt in allen Stichproben zwischen 56 und 62 Jahren. Jeweils ca. 80 % der Befragten sind verheiratet und haben mindestens ein Kind. Die häufigsten Rehabilitationsindikationen sind bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane, der Brust und der Verdauungsorgane. Die durch direkte Veränderungsmessung gewonnenen Ergebnisse der retrospektiven Teilstudie zeigen, dass sich die zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme vorhandenen körperlichen und psychischen Beschwerden der Patienten in allen drei Settings zum Ende der Rehabilitation sowie zum Katamnesezeitpunkt signifikant verringert haben (jeweils $p(\text{ANOVA}) < .001$). Die Mehrzahl der Patienten (60-80 %) in allen drei Untersuchungsbedingungen war darüber hinaus zu Beginn der rehabilitativen Maßnahme durch weitere psychosoziale Belastungen beeinträchtigt. Nach der Rehabilitation haben sich bei den meisten der betroffenen Patienten (50-60 %) diese Belastungen verringert. Die indirekte Veränderungsmessung der prospektiven Untersuchung zeigt zum Ende der Rehabilitation in der ambulanten und stationären Gruppe leichte Verbesserungen der körperlichen und psychischen Lebensqualität ($p(\text{ANOVA}) = .271$ bzw. $p(\text{ANOVA}) = .954$). Bezüglich des körperlichen Befindens haben vor allem die männlichen Patienten in beiden Settings von der Rehabilitationsmaßnahme profitiert ($p(\text{ANOVA}) = .034$), während sich hinsichtlich der psychischen Lebensqualität die ambu-

lanten Patienten in signifikantem Maße gegenüber den stationären Rehabilitanden verbessert haben ($p(\text{ANOVA})=.032$). Die Angst- und Depressivitätswerte der Patienten beider Settings haben sich am Ende der Rehabilitation ebenfalls leicht verringert ($p(\text{ANOVA})=.171$ bzw. $p(\text{ANOVA})=.947$).

Diskussion

Die Ergebnisse beider Untersuchungsansätze zeigen, dass ambulante und stationäre Patienten im Hinblick auf ihre körperliche und psychische Befindlichkeit von der Rehabilitationsmaßnahme profitieren. Obwohl die retrospektiv gewonnenen Selbsteinschätzungen der Patienten gruppenübergreifend etwas positiver ausfallen als die prospektiv erhobenen Beurteilungen, weisen die Ergebnisse insgesamt darauf hin, dass die ambulante onkologische Rehabilitation für Teilgruppen von Patienten eine effektive Alternative zur stationären Rehabilitation darstellen könnte.

Literatur

- Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M., Koch, U. (2002): Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitation - Ergebnisse einer Studie zum Vergleich der Behandlungsergebnisse und Kosten. *Die Rehabilitation* 41, 92-102.
- Haaf, H.G., Badura, B., Bürger, W., Koch, U., Schliehe, F., Schott, T. (2002): Die wissenschaftliche Begleitung im Rahmen der Empfehlungsvereinbarung von Kranken- und Rentenversicherung zur ambulanten Rehabilitation: Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Untersuchungsansatz: *Die Rehabilitation* 41, 85-91.
- Koch, U., Gundelach, C., Tiemann, F., Mehnert, A. (2000): Teilstationäre onkologische Rehabilitation - Ergebnisse eines Modellprojekts. *Die Rehabilitation* 39, 363-372.

Individuelle berufliche Perspektiven und psychische Belastung potentiell erwerbsfähiger Rehabilitanden – eine multizentrische Vergleichsstudie spezifischer und nicht-spezifischer psychoonkologischer Rehabilitationsangebote

Müller, D. (1), Mehnert, A. (1), Gärtner, U. (2), Schuler, O. (3), Leibbrand, B. (4), Barth, J. (5), Berger, D. (6), Koch, U. (1)

(1) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Paracelsus Klinik am See, Bad Gandersheim, (3) Klinik Tecklenburger Land, Tecklenburg, (4) Salzetalklinik, Bad Salzuflen, (5) Rehabilitationsklinik Nordfriesland, St. Peter-Ording, (6) Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung NW, Bochum

Hintergrund und Zielsetzung

Spezifische Angebote für Krebspatienten mit stark ausgeprägter psychischer Belastung und Komorbidität stellen eine bislang nicht auf ihre Wirksamkeit hin untersuchte Weiterentwicklung des rehabilitationsonkologischen Angebots in den letzten Jahren dar. Ziel einer derartig intensivierten psychoonkologischen Behandlung ist eine deutliche Verbesserung des Rehabilitationserfolges insgesamt und insbesondere die Verbesserung im Umgang mit psychosozialen Krankheitsfolgen sowie damit einhergehend die Verhinderung einer Frühberentung. Internationalen Studien zufolge kehren 62 % der Krebspatienten in ihren Beruf zurück. Un-

günstig auf die berufliche Wiedereingliederung wirkten sich hier Faktoren wie mangelnde Unterstützung am Arbeitsplatz, manuelle Arbeitsformen und die Indikation Kopf- und Hals-tumoren aus (im Überblick Spelten et al., 2002). Im deutschen Sprachraum gibt es bislang kaum Studien zur beruflichen Wiedereingliederung von Krebspatienten. Die vorliegende von der ARGE und der Paracelsus-Kliniken GmbH geförderte multizentrische Studie behandelt verschiedene umfangreiche Fragestellungen zur onkologischen Rehabilitation. Hier ausgewählte Aspekte betreffen neben dem Vergleich spezifischer und nicht-spezifischer psycho-onkologischer Angebote hinsichtlich körperlicher und psychischer Gesundheit vor allem Fragen zur beruflichen Wiedereingliederung. Hierbei interessiert besonders, wie potentiell erwerbsfähige Patienten ihre aktuelle berufliche Situation erleben, ob diese den Wunsch nach einer Rückkehr ins Berufsleben beeinflusst und ob infolge der Rehabilitation tatsächlich eine Rückkehr ins Berufsleben stattfindet. Es soll eine Analyse von Faktoren erfolgen, die sich hinderlich oder förderlich auf eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben auswirken.

Methodik und Erhebungsinstrumente

Im Rahmen einer prospektiv angelegten Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten werden im Zeitraum Juni 2004 bis Juni 2006 potentiell erwerbsfähige Patienten aus vier onkologischen Rehabilitationskliniken zu Beginn, zum Ende und ein Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme befragt. Zwei der untersuchten Kliniken haben spezifische psychoonkologische Angebote mit unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtung implementiert. Eine dieser Kliniken bietet ein verhaltensmedizinisch orientiertes Programm an (vgl. Jacobi & Gärtner, 2002), die andere arbeitet mit tiefenpsychologisch fundierten Verfahren. Den beiden weiteren Kliniken steht kein Schwerpunktangebot zu Verfügung. Die angestrebte Gesamtstichprobe mit den einbezogenen Indikationen Mamma-Karzinom, Gynäkologischer Tumor, Colon-, Rektum-, Bronchial-Karzinom, Hauttumor, Kopf-, Hals-Tumor sowie Systemerkrankungen liegt bei einer Größe von ca. 1.500 Patienten. Mittels Fragebogen werden somatische, psychosoziale sowie sozialmedizinische Parameter erhoben. Dabei kommen neben standardisierten Instrumenten wie u.a. der HADS-D und dem SF-8 zu beiden Messzeitpunkten das international bereits erprobte und ins deutsche übertragene Distress-Thermometer zur Erfassung von Belastungen bei Krebspatienten sowie am Institut für Medizinische Psychologie (Bürger et al., 2001) entwickelte Fragen zum Erleben der beruflichen Situation zum Einsatz. Die Erfassung somatischer Parameter erfolgt zu den ersten beiden Messzeitpunkten ergänzend durch einen Arztfragebogen. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen bei einer Gesamtrücklaufquote von ca. 75 % die Daten von N=277 Patienten zu den ersten beiden Messzeitpunkten vor.

Ergebnisse

Neben Veränderungen im körperlichen und psychischen Bereich werden Ergebnisse zur beruflichen Situation berichtet. Diese betreffen u.a. die Art der beruflichen Tätigkeit, die individuelle Bedeutung der beruflichen Situation, die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, die Einschätzung der aktuellen und zukünftigen beruflichen Leistungsfähigkeit, den Wunsch nach Berentung und die beabsichtigte Wiederaufnahme der zuvor ausgeübten Tätigkeit. Erste Analysen deuten auf eine signifikante Verringerung der psychischen Belastung von Beginn zum Ende der Rehabilitation hin. Bezüglich ihrer Erwerbstätigkeit beabsichtigen 90 % der befragten Patienten, diese wieder aufzunehmen. Ebenso viele Patienten beurtei-

len sich selbst als leicht eingeschränkt oder eingeschränkt leistungsfähig. Vertiefende Analysen betreffen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten der beruflichen Situation und körperlichen sowie psychischen Variablen.

Ausblick

Die Ergebnisse geben wertvolle Hinweise zur Effektivität spezifischer Rehabilitationsmaßnahmen für in körperlicher und seelischer Hinsicht besonders belastete Patienten. Als bislang kaum untersuchter Forschungsgegenstand können Aspekte der beruflichen Wiedereingliederung bei onkologischen Rehabilitationspatienten gelten. Diesbezüglich liefert die vorliegende Studie Erkenntnisse zum Erfolg der onkologischen Rehabilitation hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung von Krebspatienten.

Literatur

- Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M., Koch, U. (2001): Multiperspektivische Einschätzung zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation - Ergebnisse und prognostische Relevanz. *Die Rehabilitation*, 40, 217-225.
- Jacobi, C., Gärtner, U. (2002): Konzept für eine Abteilung Spezialisierte Psycho-Onkologische Rehabilitation (SPOR) in der Paracelsus Klinik am See Bad Gandersheim. Unveröffentlichter Bericht.
- Spelten, E.R., Sprangers, M.A.G., Verbeek, J.H.A.M. (2002): Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: A literature review. *Psycho-Oncology*, 11, 124-131.

Wann nehmen Patienten mit einem Prostatakarzinom medizinische Rehabilitation in Anspruch?

Bartel, C., Pritzkeleit, R., Waldmann, A., Templin, B., Katalinic, A., Raspe, R.

Institut für Krebsepidemiologie e. V. an der Universität zu Lübeck

Hintergrund

Das Prostatakarzinom ist der häufigste bösartige Tumor des Mannes mit 123,8 Fällen/100.000 der Bevölkerung in Schleswig-Holstein (Krebsregister Schleswig-Holstein, 2001). Die Erkrankung und deren Behandlung, vor allem die radikale Prostatovesikulektomie, führen zu einer Reihe von dauerhaften Funktionseinschränkungen wie Harninkontinenz und Impotenz, die die Patienten als große Belastung erleben (Shrader-Bogen et al., 1997). Darüber hinaus haben Krebspatienten gemäß des AHB-Indikationskatalogs des VDR einen Anspruch auf stationäre Reha-Maßnahmen (VDR, 1996).

Daten und Methodik

Im Rahmen der bevölkerungsbezogenen OVIS-Studie (OVIS: Onkologische Versorgung in Schleswig-Holstein) wurden Patienten mit der Diagnose Prostatakarzinom, die im Krebsregister Schleswig-Holstein seit 2001 erfasst worden sind, schriftlich mit einem 20-seitigen Fragebogen zu ihrer Erkrankung, Diagnostik, Therapie, Nachbetreuung und gesundheitsbezogener Lebensqualität befragt.

Ergebnisse

Die Responserate lag bei 76,1 % (763 von 1.057). 699 von 763 (91,6 %) Patienten machten Angaben zum Thema Rehabilitation. 375 (50,6 %) hatten keine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen, 324 (43,7 %) erhielten Reha-Leistungen, 42 (5,7 %) Patienten machten keine Angaben, 55 (7,2 %) Fragebögen waren zum Zeitpunkt der Auswertung noch nicht eingegeben. Die Teilnehmer waren statistisch signifikant jünger als die Nichtteilnehmer (64,0 Jahre vs. 69,2 Jahre; $T=-11,021$; $df: 683,331$, 95 %-KI=[-6,2 - -4,3]). 430 von 741 (58,0 %) waren radikal operierten worden. 70,7 % dieser Patienten nahmen an einer Rehabilitation teil. 164 (38,1 %) dieser Patienten litten an dauerhafter Harninkontinenz und 135 (82,3 %) von ihnen nahmen eine Rehabilitation in Anspruch. 295 (68,6 %) litten an einer permanenten Impotenz, 219 (74,2 %) erhielten Rehabilitationsleistungen. Harnröhrenstrikturen traten bei 39 Patienten (9,1 %) auf, 34 (87,2 %) dieser Männer nahmen eine Rehabilitation in Anspruch.

Diskussion

Mehr als 50 % der Patienten nehmen keine medizinische Rehabilitation in Anspruch. Möglicherweise spielt das Alter dabei eine wichtige Rolle. Das Alter ist außerdem ein wichtiger Faktor bei der Entscheidung über die Art der Therapie (radikale Operation vs. Bestrahlung vs. hormonelle Behandlung). Mehr als die Hälfte der Prostatakarzinom-Patienten wird radi-

kal operiert. Die sich danach entwickelnden Funktionseinschränkungen, vor allem Harninkontinenz und Impotenz, sind Beeinträchtigungen, die der Rehabilitation bedürfen. Patienten, die keine medizinische Rehabilitation in Anspruch nahmen, klagten seltener über dauerhafte Nebenwirkungen.

Schlussfolgerung

Bei der Betreuung von Tumorpatienten sollten die Krankheitsfolgen (ICF) besonders beachtet werden, damit, wenn indiziert, eine medizinische Rehabilitation eingeleitet werden kann.

Literatur

Shrader-Bogen, C.L., Kjellberg, J.L., McPherson, C.P., Murray, C.L., Cancer (1997): Quality of life and treatment outcomes: prostate carcinoma patients perspectives after prostatectomy or radiation therapy. May 15; 79 (10): 1977-86.

Institut für Krebs epidemiologie e. V. (2003): Krebs in Schleswig-Holstein, Band 3 Inzidenz und Mortalität im Jahr 2001.

VDR (1996): AHB-Indikationskatalog des Verbands der Deutschen Rentenversicherungsträger, Webseite der LVA Schleswig-Holstein 2004.

Auswirkung unterschiedlicher operativer Verfahren zur totalen Laryngektomie auf die postoperative stimmliche Rehabilitation²⁴

Borghardt, J. (1), Kahmann, B. (1), Pfaffenroth, V. (1), Gutenbrunner, C. (2)

(1) Rehabilitationsklinik Bad Münden, (2) Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Medizinische Hochschule Hannover

Die Laryngektomie bei Kehlkopf-Karzinom führt in vielen Fällen zur Heilung oder ermöglicht in Kombination mit einer Strahlen- und/oder Chemotherapie eine langjährige erfolgreiche Behandlung der Krankheit. Dagegen steht eine folgenschwere Behinderung mit Veränderung der normalen Atemwegs anatomie und Verlust der Stimmbildung. Hier besteht hoher Rehabilitationsbedarf. Bei der Laryngektomie wird auch der Oesophagus mit eröffnet; im Rahmen der operativen Rekonstruktion werden die Speiseröhre und der umgebende Schlundschwürermuskel (M. constrictor pharyngis) wieder vernäht, dabei entstehen Vernarbungen und Stenosierungen, die eine nachfolgende Oesophagusstimmbildung einschränken oder unmöglich machen. Hier kann eine Operationsmodifikation durch zusätzliche Muskelschlitzung (Myotomie) des constrictor pharyngis eine weite, nicht einschnürende Muskelmanschette herstellen, die häufig eine postoperative Stenosierung verhindert. Die klassische postoperative stimmliche Rehabilitation besteht in der Anbahnung einer körpereigenen Ersatzstimme (Oesophagusstimmbildung) (Böhme, 2001). Dieses Verfahren ist den anderen Möglichkeiten (operativ implantierte Stimmprothese (Hilger, 1995) und der batteriebetriebenen Vibrator-Stimmhilfe, z.B. Servox-Sprechhilfe) hinsichtlich Komplikationsraten, Dauerhaftigkeit und Verständlichkeit überlegen. Die Erfolgsraten bei der Oesophagusstimmbildung liegen international zwischen 26-46 % (Gerber, 1997). Durch Behandlungen nach dem

²⁴ Multizentrische Larynx-Studie Bad Münden: Die Finanzierung der Studie erfolgt durch: (1) Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in NRW und (2) Private Stiftung.

„Münderschen Therapiemodell“ (Borghardt, 1986) kann dagegen eine Oesophagusstimmanbildung in ca. 60-65 % der Fälle erreicht werden. Ziel der vorliegenden Studie ist es, zu untersuchen, ob durch die Operationsmodifikation mit Myotomie eine weitere Verbesserung der stimmlichen Rehabilitation erreicht werden kann und im positiven Fall damit die Laryngektomie mit Myotomie als neues Standardoperationsverfahren empfohlen werden muss.

Studiendesign

Prospektive Multizenterstudie zur Untersuchung der Auswirkung zweier möglicher Operationsverfahren zur Kehlkopfentfernung (Standard-Laryngektomie und Laryngektomie mit Myotomie) auf eine erfolgreiche Oesophagusstimmanbahnung durch stationäre medizinischen Rehabilitation. Eine Subgruppenanalyse (+/- implantierte Stimmprothese) wurde ergänzend durchgeführt. Eingeschlossen sind die Erfassung und Beurteilung der Lebensqualität sowie der psychosozialen Reintegration. In der 3-jährigen Untersuchungsphase wurden seit dem 01.01.2002 bis Ende 2004 insgesamt 350 Patienten untersucht und ausgewertet. Die nachfolgenden Ergebnisse wurden bei bisher 285 evaluierbaren Patienten erhoben.

Ergebnisse

Durchschnittsalter der Patienten: 62 Jahre. 40 % der Patienten im erwerbsfähigen Alter; mehr als die Hälfte davon war im Anschluss an die erste Reha wieder arbeitsfähig. Durchschnittliche Behandlungsdauer: 24,7 Tage, entsprechend 17,4 Therapietage mit im Mittel 21 logopädischen Behandlungen/Patient. Der Stimmstatus der Patienten wurde nach einer graduellen Einteilung bewertet: Gruppe I (flüssige, gut verständliche Oesophagusstimme, mehr als 5 Silben) bis Gruppe VII (keinerlei stimmliche Verständigung möglich).

Tabelle 1: Graduelle stimmliche Verbesserung, unabhängig vom Ausgangsstadium

Myotomie	94,5 %
Standardlaryngektomie	77,8 %

Tabelle 2: Anbahnung der Oesophagusstimme Ausgangssituation Grad VII

Myotomie	71,56 %
Standardlaryngektomie	56,25 %

Tabelle 3: Anbahnung der Oesophagusstimme bei Ausgangssituation Grad VII (Subgruppenanalyse)

Myotomie und Stimmprothese	61 %
Myotomie ohne Stimmprothese	77 %
Standardlaryngektomie und Stimmprothese	51 %
Standardlaryngektomie ohne Stimmprothese	60 %

Diskussion

- Bei Patienten mit Myotomie lässt sich in einem signifikant höheren Prozentsatz eine Oesophagusstimme anbahnen bzw. eine vorhandene Ersatzstimmssituation graduell verbessern.
- Eine Stimmprothese scheint die Oesophagusstimmanbahnung zu beeinträchtigen und zwar sowohl nach Standardlaryngektomie als auch nach Myotomie. Dabei liegen die Anbahnungsraten nach Myotomie aber auch hier höher als nach Standardlaryngektomie. Hieraus folgen zwei vorläufige Empfehlungen:

1. Zur Verbesserung der Oesophagusstimmanbahnung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme sollte die Laryngektomie mit einer Myotomie kombiniert werden.
2. Die operative Anlage einer Stimmprothese ist in Deutschland kein Standardvorgehen. Darüber hinaus haben Stimmprothesen hohe Komplikationsraten. Deshalb sollte dieser Eingriff elektiv ausgeführt werden und nur in Verbindung mit einer Myotomie, um den Patienten mit höherer Wahrscheinlichkeit eine erfolgreiche Oesophagusstimmanbahnung zu ermöglichen.

Literatur

- Böhme, G. (2001): Sprach-, Sprech-, Stimm-, und Schluckstörungen, Band II: Therapie. Urban Fischer Verlag.
- Borghardt, J. et al. (1986): Results of a study for a standard training program to develop esophageal speech in patients after total laryngectomy. Abstr. VHN 19 Proceedings 18th National Cancer congress German cancer society.
- Gerber, L.H. et al. (1997): Rehabilitation of the cancer Patient in: de Vita, V., Hellmann, S., Rosenberg, S.: Cancer, Principles and Practice of Oncology. 5th edition, Lippincott, 2941-2944.
- Hilger, F.J. et al. (1995): Stimmrehabilitation nach Laryngektomie mit Provox-Stimmprothese. Chirurgische und technische Aspekte, Teil 1. HNO 43 (3) 197-201.

Stimme und Stimmung nach Laryngektomie - eine Zusammenhangsanalyse

Herrmann, E., Täschner, R.

Selbständige Abteilung Sozialmedizin, Universität Leipzig

Hintergrund

Laryngektomie, eine häufige Behandlungsform bei größeren Larynxkarzinomen, hat als eine der auffälligsten Folgen der Operation den Verlust der Stimme. Eine Ersatzstimmgebung ist möglich, wobei die Sprachverständlichkeit interindividuell sehr verschieden sein kann.

Der vorliegende Beitrag setzt sich mit der Analyse der Zusammenhänge zwischen postoperativer Sprachverständlichkeit einerseits sowie dem psychischen Befinden und dem sozialen Rückzug andererseits auseinander.

Eine Literaturdurchsicht zu dieser Thematik ergab, dass die reduzierte Sprechfähigkeit der Laryngektomierten zu Sprechangst und zu einem Rückzug aus Gesprächen führen kann (z. B. de Maddalena, 1991). Weiterhin konnte der Einfluss der Einschränkung der Sprechfähigkeit auf die Psyche des Laryngektomierten in mehreren Studien belegt werden (z. B. Amster, 1972; Byrne, 1993). Vor allem wird von depressiven Reaktionen und von einer erhöhten Reizbarkeit berichtet.

Methodik

Im querschnittlichen Design wurden 163 Laryngektomierte untersucht. Der Zugang zu den Patienten erfolgte über die Krankenakten von sechs HNO-Kliniken im Raum Sachsen und Sachsen-Anhalt.

Die Sprachverständlichkeit wurde einerseits quantitativ durch den PLTT (Postlaryngektomie Verständlichkeitstest) erfasst (objektive Sprachverständlichkeit) und andererseits auf einer sechsstufigen Skala durch die Laryngektomierten selbst eingeschätzt (subjektive Sprachverständlichkeit).

Zur Erfassung des psychischen Befindens wurden folgende Verfahren eingesetzt: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID) und Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA).

Das soziale Rückzugsverhalten wurde durch den Fragebogen zur psychosozialen Anpassung nach Laryngektomie (FPAL) erfasst.

Ergebnisse

Es bestehen nur wenige Zusammenhänge zwischen dem psychischen Befinden und der Sprechfähigkeit; dabei besteht kein Zusammenhang zur objektiven Sprachverständlichkeit, lediglich die subjektive Sprachverständlichkeit korreliert negativ mit der Depressivität ($r=0,365$, $p<0,01$) und unbedeutend mit der Angstneigung ($r=0,199$, $p<0,01$). Bei geringer Sprachverständlichkeit besteht kein erhöhtes Risiko für eine psychische Störung.

Die soziale Aktivität hängt mit der objektiven ($r=0,362$, $p<0,01$) sowie mit der subjektiven Sprachverständlichkeit ($r=0,360$, $p<0,01$) zusammen. Weiterhin korreliert die Reduktion von Gesprächen mit der objektiven ($r=0,407$, $p<0,01$) und der subjektiven Sprachverständlichkeit ($r=0,519$, $p<0,01$). Zusammenfassend geht eine geringe Sprachverständlichkeit mit einem hohen sozialen Rückzug einher.

Die subjektive Sprachverständlichkeit korreliert häufiger und höher mit den unabhängigen Variablen.

Diskussion

Der Zusammenhang zwischen der Sprachverständlichkeit und dem psychischen Befinden konnte nur begrenzt bestätigt werden. Denkbar wäre, dass bei schlechter Sprachverständlichkeit Strategien zur Bewältigung entwickelt werden. Z. B. könnte die subjektive Bedeutung, verständlich sprechen zu können, verringert werden.

Die Sprachverständlichkeit hängt mit dem sozialen Rückzug zusammen. Zwei Interpretationen sind möglich: Eine von vornherein geringe soziale Aktivität erschwert das Erlernen der Ersatzstimme bzw. der Laryngektomierte mit einer geringen Sprechfähigkeit meidet Situationen, in denen gesprochen werden muss. Wahrscheinlich muss von einer Wechselwirkung ausgegangen werden.

Die subjektive Sprachverständlichkeit ist für die Reaktion des Patienten nach der Laryngektomie bedeutender als die objektive Sprachverständlichkeit.

Literatur

Amster, W.W., Love, R.J., Menzel, O.J., Sandler, J., Sculthorpe, W.B., Gross, F.M. (1972): Psychosocial Factors and speech after Laryngectomy, in: *Journal of Communication Disorders*, 5, 1-18.

Byrne, A., Walsh, M., Farrelly, M., O'Driscoll, K. (1993): Depression Following Laryngectomy: A Pilot Study, in: *British Journal of Psychiatry*, 163, 173-176.

De Maddalena, H. (1991): Soziale Aktivität und Rückzug aus Gesprächen bei Laryngektomierten und Patienten mit Kehlkopfteilresektionen. Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Tübingen. Diss.

Rauchverhalten nach Laryngektomie: Ergebnisse einer Längsschnittstudie

Meyer, A. (1), Singer, S. (1), Oeken, J. (2), Klemm, E. (3), Herrmann, E. (1), Wollbrück, D. (1)

(1) Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Leipzig, (2) Klinik für HNO-Heilkunde Klinikum Chemnitz Flemmingstraße, (3) HNO-Klinik, Städt. Klinikum Dresden/Friedrichstadt

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Rauchen zählt neben Alkohol und einigen beruflich bedingten Noxen zu den bekannten Risikofaktoren für Kehlkopfkrebs (vgl. Dietz; Popp et al.). Dennoch hört man von Ärzten und Pflegepersonal häufig, sie hätten einen kehlkopfloren Patienten mit einer Zigarette gesehen. In unserer Studie wurden Kehlkopfloren zu ihrem Rauchverhalten und zur Veränderungsmotivation sowie nach der subjektiven Krankheitstheorie zu drei Zeitpunkten befragt.

Methodik und Studiendesign

Die Stichprobe besteht aus 74 laryngektomierten Patienten, die uns von operierenden Kliniken (Universität Leipzig; Universität Halle; Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig; Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt; Klinikum Chemnitz Flemmingstraße; Städtisches Klinikum Martha-Maria Halle) oder behandelnden Rehabilitationskliniken (Bavaria-Klinik Kreischa; Sonnenbergklinik Bad Sooden-Allendorf; Fachklinikum Brandis) gemeldet wurden. Es handelt sich um eine prospektive Studie, die noch nicht abgeschlossen ist. Die 74 Patienten wurden zu Beginn und am Ende der Rehabilitation befragt und von 45 Patienten liegen Daten vor, die ein Jahr nach der Operation erhoben wurden. Der Tabakkonsum wurde mit einem Modul aus dem Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG) und mit Items aus dem Bogen „Lebensqualität nach Laryngektomie“ (Ackerstaff, 2000; Übersetzung durch Singer) erfasst. Weiterhin wurden die Patienten gebeten, ihre vermutete Ursache für die Krebserkrankung zu nennen.

Vorläufige Ergebnisse

91 % der Befragten gaben an, vor der Laryngektomie täglich durchschnittlich 23 Zigaretten geraucht zu haben. Zu Beginn der Rehabilitation rauchen nur noch 5 % (N=4) am Ende sind es 8 % (N=6). Die 4 Patienten, die zu Beginn der Reha rauchen, haben ihren Tabakkonsum seit der Operation verringert, 2 von ihnen wollen das Rauchen ganz aufgeben. Am Ende der Rehabilitation rauchen drei der Patienten noch, einer schaffte es, mit dem Rauchen aufzuhören. Während der Rehabilitation haben 3 „Nichtraucher“ wieder mit dem Rauchen begonnen. 2 Patienten rauchen durch das Tracheostoma, 4 durch Nase und Mundraum. Ein Jahr postoperativ haben die Raucher, die bereits befragt wurden, ihren Tabakkonsum beibehalten. Das Rauchen wird von knapp einem Drittel der Patienten als Krebsursache genannt.

Von diesen Patienten raucht nur einer nach der Operation weiter. Weibliche Patienten haben vor der Laryngektomie nicht geraucht bzw. die einzige Raucherin hat aufgehört zu rauchen.

Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick

95 % der Patienten, die ihre Krebserkrankung mit dem Rauchen in Verbindung bringen, geben das Rauchen nach der Laryngektomie auf. Da dies allerdings nur für ein Drittel der Patienten gilt, sollte dem Risikofaktor Tabak bei der Aufklärung auch hinsichtlich der Genese anderer Tumoren noch mehr Bedeutung gegeben werden.

Literatur

Dietz, A. (2004): Epidemiologie des Larynxkarzinoms. HNO Informationen, 9.9.
Popp, W., Brüning, T., Straif, K. (2003): Krebserkrankungen durch den Beruf. Deutsches Ärzteblatt 100, 33-38.

Patientenkompetenz in der Rehabilitation: Entwicklung eines Fragebogens für onkologische Patienten

Giesler, J.M., Weis, J.

Klinik für Tumorbiologie, Freiburg i. Br.

Die verstärkte Einbeziehung von Patienten in medizinische Entscheidungen gewinnt auch in der Rehabilitation an Bedeutung (Schönle, 2003). Den Grundannahmen der Forschung zur „partizipativen Entscheidungsfindung“ (Faller, 2003) entsprechend wird hiermit die Erwartung verbunden, dass dies zu einer Optimierung der Ergebnisse der Rehabilitation beitragen kann. Die Verwirklichung dieses programmatischen Ziels setzt auf Patientenseite jedoch zum einen eine entsprechende Motivation, zum andern eine Vielzahl von Fähigkeiten und Fertigkeiten voraus. So suchen Patienten vor dem Hintergrund verbesserter Informationsmöglichkeiten gerade in der stationären Rehabilitation verstärkt nach Orientierung und nach Hilfestellungen, wie sie mit ihrer Erkrankung und deren Folgeproblemen besser umgehen und einen eigenständigen Beitrag zur Förderung ihrer Gesundheit leisten können. Diese Bemühungen kann man global unter dem Begriff „Patientenkompetenz“ zusammenfassen, doch bleibt dabei letztlich unklar, was genau darunter im Einzelnen verstanden werden soll. Will man aber mögliche Auswirkungen von „Patientenkompetenz“ auf Rehabilitationsergebnisse sowie mögliche Effekte der Rehabilitation auf „Patientenkompetenz“ empirisch überprüfen, ist es unumgänglich, dieses Konzept zu präzisieren und einer Operationalisierung zugänglich zu machen. Dies ist Ziel eines aktuellen Forschungsprojekts der Klinik für Tumorbiologie, Freiburg i.Br.

Ausgehend von umfangreichen Vorarbeiten (qualitative und quantitative Befragungen von insgesamt 36 Tumorpatienten und 21 Experten verschiedener Disziplinen in der Onkologie sowie Analyse der Forschungsliteratur zur Krankheitsbewältigung) wurde die vorläufige Version eines Fragebogens zur Erfassung von „Patientenkompetenz“ im Kontext onkologischer Erkrankungen entwickelt. Dieser basiert auf einem Verständnis von „Patientenkompetenz“ als einer Fähigkeit von (Tumor-)Patienten, Anforderungen und Belastungen zu bewältigen,

die im Kontext der (Tumor-)Erkrankung auftreten, und dabei persönliche Bedürfnisse und Zielvorstellungen zu berücksichtigen und Ressourcen des persönlichen sozialen Umfelds wie auch des Systems der Gesundheitsversorgung insgesamt zu nutzen (Weis & Giesler, 2004).

Hierbei werden hypothetisch sechs Bereiche krankheitsbezogenen Erlebens- und Verhaltens unterschieden, von denen angenommen wird, dass Patientenkompetenz in ihnen zum Ausdruck kommen kann: a) Suchen und Verarbeiten krankheitsbezogener Information, b) aktive Gestaltung der Beziehung zu Ärzten und anderen an der Behandlung beteiligten Personen, c) Umgang mit krankheits- oder behandlungsbedingten emotionalen Belastungen, d) Aktivieren und Annehmen sozialer Unterstützung, e) Reflektieren und ggf. Verändern von Aspekten des persönlichen Lebensstils im Sinne der Gesundheitsförderung sowie f) Nutzung der im System der gesundheitlichen Versorgung verfügbaren Angebote. Der Fragebogen deckt diese Bereiche mit einer jeweils unterschiedlichen Anzahl von Items in Form von Ich-Aussagen ab, die auf einer fünfstufigen Skala nach dem Grad ihres persönlichen Zutreffens einzuschätzen sind.

Berichtet wird über erste Ergebnisse einer multizentrischen Erhebung in verschiedenen Einrichtungen der onkologischen Rehabilitation und Akutversorgung, die darauf abzielt, die entwickelte Fragebogenversion auf Zuverlässigkeit und Gültigkeit zu prüfen (angestrebter Stichprobenumfang N = 400). Die statistischen Auswertungen schließen Faktoren- und Itemanalysen sowie Mittelwertvergleiche zwischen Patienten verschiedener Tumordiagnosen und Behandlungssettings ein. Unter der Voraussetzung, dass das Verfahren angemessene Reliabilitäts- und Validitätskennwerte erreicht, kann es in Folgestudien zu den einleitend skizzierten Fragestellungen eingesetzt werden. Darüber hinaus kann es eine Grundlage dafür bieten, bei einzelnen Patienten solche Bereiche des krankheitsbezogenen Erlebens- und Verhaltens zu identifizieren, die einer speziellen Förderung i.S. der Entwicklung spezifischer Kompetenzen bedürfen.

Literatur

- Faller, H. (2003): Shared decision making. Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 42, 129-135.
- Schönle, P.W. (2003): Anforderungen an eine patientenorientierte Rehabilitation. *Rehabilitation*, 42, 261-268.
- Weis, J., Giesler, J.M. (2004): Patientenkompetenz - ein neues Konzept in der Onkologie. In Bartsch, H.H., Weis, J. (Hrsg.), *Information, Beratung und Entscheidung in der Onkologie*. Basel: Karger.

Gründe für die (Nicht-)Inanspruchnahme einer stationären onkologischen Rehabilitationsmaßnahme aus Sicht von Patienten und ihren Partnern

Bergelt, C., Lehmann, C., Welk, H., Koch, U.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie

Hintergrund

Die Rehabilitation spielt im Verlauf einer Krebserkrankung vor allem im Hinblick auf die Behandlung und Linderung von Krankheitsfolgen und Funktionsstörungen aber auch in Bezug auf eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung eine wichtige Rolle (Koch et al., 1995; Koch, Weis, 1998). Für onkologische Patienten ist die Partnerschaft und der Partner eine zentrale Ressource in Bezug auf die Bewältigung der Erkrankung und in den meisten Rehabilitationskliniken ist eine Begleitung durch den Partner während der Maßnahme möglich. Die Ergebnisse einer neueren Studie zeigen, dass Angehörige die Rehabilitationsklinik positiv wahrnehmen, aber in der Versorgung nur mangelhaft berücksichtigt werden (Schönberger, v. Kardorff, 2003). Eine systematische Analyse in Bezug auf die Motive von Patienten und Partnern, eine Rehabilitation gemeinsam oder getrennt oder gar nicht in Anspruch zu nehmen, wurde bislang nicht durchgeführt.

Methode

Im Rahmen der multizentrischen Studie "Krebsrehabilitation und Partnerschaft" wurden drei Gruppen von Patienten und ihren Partnern zu ihren Motiven für oder gegen eine (gemeinsame) Inanspruchnahme befragt:

- Patienten und Partner gemeinsam in der Rehabilitation (212 Paare)
- Patienten in Rehabilitation und deren zu Hause gebliebene Partner (318 Paare)
- Nicht-Inanspruchnehmer und ihre Partner als Vergleichsgruppe (103 Paare).

Ergebnisse

Als Gründe, gemeinsam mit dem Partner in die Rehabilitationsklinik zu kommen (n=212), wird von Patienten wie Partnern vor allem der Wunsch, nicht vom Partner getrennt sein zu wollen (81 % bzw. 72 %), genannt. 90 % der Partner geben an, den Patienten zur seelischen Unterstützung in die Rehabilitation zu begleiten und sowohl Patient als auch Partner halten den Partner für körperlich erholungsbedürftig (70 % bzw. 62 %). Als Gründe, eine Rehabilitationsmaßnahme nicht gemeinsam mit dem Partner in Anspruch zu nehmen (n=318), äußern mehr als die Hälfte der Befragten, dass der Patient auch gut alleine zurecht komme und sich alleine besser auf die Behandlungen in der Klinik konzentrieren könne (Patient 45 %, Partner 60 %). 42 % der Patienten geben an, alleine während der Rehabilitation mehr Ruhe zu haben. Finanzielle Gründe für die Nicht-Teilnahme des Partners sowie die Versorgung von Kindern werden von je ca. 20 % der Patienten und Partner angeführt. 37 % der Paare nennen berufliche Gründe. Als Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme (n=103) geben 55 % der Patienten und 57 % der Partner an, dass

sich der Patient zu Hause besser erholen könne. Je etwa 40 % der Patienten geben an, keine Rehabilitation in Anspruch nehmen zu wollen, weil sie nicht vom Partner getrennt sein wollen bzw. eine Rehabilitation nicht nötig sei (Partner: 25 %). 29 % der Nicht-Inanspruchnehmer befürchten, in der Rehabilitation schwerkranken Menschen zu begegnen, 17 % fürchten sich vor Heimweh hätten und 27 % möchten nicht so lange vom Arbeitsplatz entfernt sein.

Diskussion

Die beiden Inanspruchnehmergruppen fokussieren jeweils auf die positiven Aspekte der gewählten Inanspruchnahmeform. Die Nicht-Inanspruchnehmer halten eine Rehabilitation mehrheitlich nicht für nötig, ein substantieller Anteil dieser Patienten äußert aber auch Ängste vor der Rehabilitation. Begleitende Partner zeigen eine hohe Unterstützungsbereitschaft, werden aber gleichzeitig auch als belastet dargestellt. Diese Ergebnisse unterstützen die Forderung nach einer gezielteren Einbeziehung von begleitenden Partnern in den Rehabilitationsprozess.

Literatur

- Koch, U., Assmann, P., Heckl, U., Becker, S., 1995: Expertise "Krebsrehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland". Frankfurt a. M., Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Koch, U., Weis, J., 1998: Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Stuttgart, Schattauer.
- Schönberger, C., von Kardorff, E., 2003: Angehörige Krebskranker in der Rehabilitation – ihre Leistungen und ihr Entlastungsbedarf. Ausgewählte Ergebnisse einer Pilotstudie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 62, S. 130-137.

Identifikation psychischer Belastungen von Patientinnen und Patienten in der onkologischen Rehabilitation mittels Distress-Thermometer

Müller, D., Mehnert, A., Koch, U.

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

Epidemiologische Studien weisen für einen substantiellen Teil der Tumorpatienten auf erhebliche Beeinträchtigungen des Befindens und der Lebensqualität hin, die z.T. die Kriterien für eine psychische Störung erfüllen (Zabora et al., 2001). Die bei onkologischen Rehabilitanden am häufigsten auftretenden komorbiden psychischen Störungen sind dabei Angsterkrankungen (17 %) und depressive Störungen (13 %) (Härter et al., 2000). Eine mit 34 % hohe Gesamtprävalenz für komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der Rehabilitation verweist auf die Bedeutsamkeit einer effizienten Diagnostik. Diagnostische Schwierigkeiten in der Fremdanamnese ergeben sich vor allem durch die Überschneidungen von Symptomen psychischer Störungen mit krebs- und behandlungsspezifischen körperlichen Symptomen, die ebenso wie „versteckte“ Symptome (z.B. sozialer Rückzug) zu einer Unterschätzung des Schweregrades psychischer Beeinträchtigungen führen können

(Pouget-Schors & Degner, 2002). International erprobte Selbstbeurteilungsverfahren können diese Problematik umgehen, sind aber durch ihre Länge als Screening für den Klinikalltag häufig ungeeignet.

Zielsetzung

Als bereits etablierte Instrumente im Bereich der chronischen Erkrankungen gelten u.a. die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) mit 14 Items oder das Brief Symptom Inventory (BSI), das auch in einer Kurzversion (18 Items) vorliegt. Ein neues und bereits in internationalen Studien erprobtes Screening-Instrument für psychische Belastungen bei Krebspatienten ist das Distress-Thermometer (Roth et al., 1998), das am Institut für Medizinische Psychologie für den deutschsprachigen Raum adaptiert wurde (Mehnert et al., 2004). Es konstituiert sich aus einer visuellen Analogskala von 0 bis 10 in Form eines Thermometers, auf welcher der Patient das Ausmaß seiner Belastung ankreuzt. In der vorliegenden Untersuchung soll eine Validierung der deutschen Version des Instruments an einer größeren Stichprobe von onkologischen Rehabilitanden zeigen, inwieweit sich das Instrument für die Identifikation psychischer Belastungen im Rahmen der onkologischen Rehabilitation bei Brustkrebspatientinnen und weiteren Diagnosegruppen eignet.

Studiendesign und Methodik

Im Rahmen einer prospektiv angelegten Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten werden von Juni 2004 bis Juni 2006 Patienten aus vier onkologischen Rehabilitationskliniken zu Beginn, zum Ende und ein Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme befragt. Die angestrebte Gesamtstichprobe mit den einbezogenen Indikationen Mamma-Karzinom, Gynäkologischer Tumor, Colon-, Rektum-, Bronchial-Karzinom, Hauttumor, Kopf-, Hals-Tumor sowie Systemerkrankungen liegt bei einer Größe von ca. 1500 Patienten. Mittels Fragebogen werden somatische, psychosoziale sowie sozialmedizinische Parameter erhoben. Dabei kommen neben der deutschen Adaptation des Distress-Thermometers standardisierte Instrumente wie u.a. der HADS-D und der SF-8 zu beiden Messzeitpunkten zum Einsatz. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen bei einer Gesamtrücklaufquote von ca. 75 % die Daten von N=277 Patienten zu den ersten beiden Messzeitpunkten vor.

Ergebnisse

Wie erste Analysen zeigen, verbessert sich die mittels Distress-Thermometer selbsteingeschätzte psychische Belastung der Rehabilitanden signifikant ($p < 0,001$) vom Beginn ($M=6,80$, $SD=1,9$) zum Ende der Rehabilitation ($M=4,06$; $SD=2,3$). Des Weiteren werden Ergebnisse zur Validierung des Thermometers berichtet, die sich auf korrelationsstatistische Analysen mit bereits validierten Instrumenten wie der HADS und dem SF-8 begründen. Darüber hinaus werden Ergebnisse zur Sensitivität und Spezifität des Instruments dargestellt.

Ausblick

Die Ergebnisse der testtheoretischen Überprüfung des Distress-Thermometers können dazu beitragen, ein durch seine Kürze für den Klinikalltag äußerst praktikables Screening-Instrument zur Erfassung psychischer Belastungen bei Krebspatienten zu etablieren. Sie tragen somit zu einer schnelleren Identifizierung von Risikopatienten bei, die einer speziellen psychoonkologischen Behandlung bedürfen.

Literatur

- Härter, M., Reuter, K., Schretzmann, B., Hasenburg, A., Aschenbrenner, A., Weis, J. (2000): Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 6: 317-323.
- Mehnert, A., Müller, D., Koch, U. (2004): Deutsche Adaptation des Distress-Thermometers. Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Pouget-Schors, D., Degner, H. (2002): Erkennen des psychosozialen Behandlungsbedarfs bei Tumorpatienten. In: Sellschopp, A., Fegg, M., Frick, E., Gruber, U., Pouget-Schors, D., Theml, H., Vodermaier, A., Vollmer, T., (Hrsg.). *Manual Psychoonkologie*. München: Zuckschwerdt Verlag. 30-36.
- Roth, A., Kornblith, A.B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H.I., Holland, J.C. (1998): Rapid Screening for Psychologic Distress in Men with Prostate Carcinoma. *Cancer* 82 (10): 1904-1908.
- Zarborá, J., Brintzenhofeszc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S. (2001): The Prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 10: 19-28.

Follow-up-Ergebnisse eines Programms zur Tabakentwöhnung in stationärer pneumologischer Rehabilitation

Remmert, R., Schwiersch, M., González Guilá, N., Schultz, K.

Fachklinik Allgäu, Pfronten

Hintergrund

Tabak gilt als zentrale Noxe insbesondere bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen. Die Aufgabe des Rauchens ist unabhängig von der Krankheitsphase sinnvoll, Hilfestellungen hierfür sind mithin ein nötiges Element stationärer pneumologischer Rehabilitation. Patienten in stationärer Rehabilitation sind aufgrund ihres Alters und der langjährigen Raucherkarriere in Verbindung mit z. T. mehreren erfolglosen Karenzversuchen eine Klientel, die Hilfestellungen durchaus ambivalent gegenübersteht.

Stand der Forschung

Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakkarenz können als gut evidenzbasiert angesehen werden (Stead et al., 2003); in Bezug auf Atemwegspatienten mit einem Evidenzgrad von 1b (van der Meer et al., 2003). Als state-of-the-art wird eine Kombination von verhaltens- und pharmakotherapeutischen Maßnahmen angesehen (Batra, 2001).

Zweck der Untersuchung

Die Untersuchung prüft im Rahmen einer Katamneseerhebung, die Teil der Intervention ist, die Erfolgsrate der am Gruppenprogramm teilnehmenden Patienten in Bezug auf ihre Ziele. Das Gruppenprogramm ist auf bis zu vier Termine angelegt, die curricular strukturiert sind. In einer Kombination des „motivational interviewing“ (Miller et al., 1991) mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen werden die persönliche Situation und die geeigneten nächsten Ziele und Schritte erarbeitet, deren Erreichung in einer schriftlichen und telefonischen Nachbefragung zwei Monate nach Beendigung des Aufenthalts routinemäßig erfragt wird.

Methodik, Studiendesign

Es erfolgt eine konsekutive Aufnahme aller Teilnehmer der Gruppe „Nichtraucher werden“ in der Fachklinik Allgäu von Januar bis Juni. Die Informationen während des Gruppenprogramms werden schriftlich (Fagerströmtest) oder mündlich (Raucheranamnese) erhoben; die Nachbefragung erfolgt schriftlich (Eigenentwicklung) mit anschließendem Telefoninterview (eigenentwickelter Leitfaden).

Ergebnisse

N=164 Patienten der Fachklinik Allgäu nahmen an der Gruppe „Nichtraucher werden“ teil. Das Durchschnittsalter betrug 55 Jahre, die Patienten hatten durchschnittlich 33 packyears geraucht. Die Teilnehmer reduzierten während des Aufenthalts die Anzahl der gerauchten Zigaretten von durchschnittlich 20 auf 7. 75 % der Patienten formulierten als zeitlich nahe liegendes Ziel die Karenz, ca. 20 % die Reduktion. In der Priorität der Reha-Ziele hatte die

Veränderung des Tabakkonsums bei knapp der Hälfte eine hohe Priorität. 53 % derjenigen, die den Rauchstopp als Ziel angegeben hatten, erreichten dies auch während des Aufenthalts. In der Zweimonatskatamnese konnten 22 % dieser Patienten die Karenz beibehalten (Nichtantworter werden als Raucher gezählt). 26 % derjenigen, die Reduktion als Ziel angegeben hatten, konnten diese im zweimonatigen Befragungsfenster beibehalten.

Diskussion

Diese Ergebnisse bewegen sich innerhalb der erreichbaren Erfolgsquoten (Batra, 2001). In Bezug auf die Population der Klinik dürften sie als gut zu bewerten sein, was wir auf die Kombination von verschiedenen Faktoren wie Nichtraucherambulanz, Mischung aus verhaltenstherapeutischem und motivationalem Zugang sowie der Verpflichtung zur Nachbefragung zurückführen. Einen wesentlichen Anteil dürften auch die pneumologischen Verhaltenstrainings beitragen, in denen ärztlicherseits die Bedeutung der Tabakkarenz betont wird.

Schlussfolgerungen / Ausblick

Auch kurzfristige Interventionen (3-5 Wochen) können helfen, Patienten zur Tabakkarenz oder zur Reduktion der gerauchten Zigaretten zu führen. Gleichwohl ist die Entwicklung von Interventionen mit dem Ziel, die Erfolgsquoten auch auf längere Sicht zu erhöhen, innerhalb und ausserhalb stationärer pneumologischer Rehabilitation vonnöten.

Literatur

- Miller, W.R., Rollnick, S. (1991): Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: Guilford Press.
- Stead, L.F., Lancaster, T. (2004): Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- van der Meer, R.M., Wagena, E.J., Ostelo, R.W.J.G., Jacobs, J.E., van Schayck, C.P. (2003): Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software.
- Batra, A. (2001): Raucherentwöhnung aus verhaltensmedizinischer Perspektive: Stand und Entwicklungen. In: Zielke et al., Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation, Pabst, Lengerich.

Welche Rolle spielen Wissen, Motivation und Grad der Nikotinabhängigkeit für den Behandlungserfolg bei einem obligatorischen Raucherentwöhnungstraining in der Rehabilitation von Atemwegserkrankungen?

Heft-Wippermann, K. (1), Worringer, U. (2)

(1) Reha-Klinik Utersum der BfA, Föhr, (2) BfA, Berlin

Hintergrund

Zur Diskussion steht wiederholt die Frage, ob angesichts des hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos von Nikotin Raucherentwöhnung bei tabakassoziierten Erkrankungen für alle Raucher in der Rehabilitation obligatorisch durchgeführt werden soll. Die Reha-Klinik Uter-

sum der BfA hat ihr langjährig praktiziertes obligatorisches Behandlungskonzept für Raucher in der Rehabilitation von Atemwegserkrankungen manualisiert und evaluiert.

Das Curriculum der Reha-Klinik Utersum (BfA, 2004) basiert auf grundlegenden verhaltenstherapeutischen Methoden, den eigenen klinischen Erfahrungen und der Teilnahme an der WIRK-Studie (Wirksamkeit intensivierter Raucherentwöhnung in Kliniken, Kröger et al., 2004). Das Konzept integriert einzelne Interventionsstrategien des motivationsfördernden Trainingsprogrammes „Rauchfrei – Ich?!“ (Bühler et al., 2002) sowie der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programme „Rauchfrei nach Hause“ (Metz. et al., 2002) und „Rauchfrei in 10 Schritten“ (Toeppich und Welsch, 1991).

Methodik

Prospektive Beobachtungsstudie mit drei Messzeitpunkten: vor (t1) und nach (t2) der dreiwöchigen Raucherentwöhnung, 6 Monats follow up (t3), Patientenfragebögen mit Wissens- und Motivationstest (WIRK-Studie 2004), Fageström Fragebogen, Angaben zu Rauchverhalten- und anamnese, soziodemographischen und krankheitsbezogenen Daten.

Fragestellung

Welche Rolle spielen Wissen, Motivation und Grad der Nikotinabhängigkeit für den Behandlungserfolg bei einem obligatorischen Raucherentwöhnungstraining in der Rehabilitation von Atemwegserkrankungen?

Ergebnisse

An der Studie nahmen vom Oktober 2003 bis September 2004 146 Rehabilitanden teil (73,3 % Frauen; Alter M=45,7, SD 10,4; Alter bei Rauchbeginn M=17,1, SD 3,9; 42,5 % mit Asthma Bronchiale; 84,9 % mit dem Wunsch das Rauchen zu beenden; 64,4 % mit zurückliegenden 1-3 Versuchen, das Rauchen zu beenden). Bei 72,7 % der Rehabilitanden lag eine starke bis sehr starke Nikotinabhängigkeit vor (Fageström-Fragebogen). Das vorhandene Wissen über die Möglichkeit und Durchführung der Raucherentwöhnung und die Motivation, das Rauchen zu beenden, variierte zwischen den Teilnehmern zum Anfang und zum Ende der Raucherentwöhnung. Im Laufe der Raucherentwöhnung erfolgte jedoch ein allgemeiner Wissenszuwachs. Die Motivation, das Rauchen zu beenden, veränderte sich im Laufe der Raucherentwöhnung hingegen nur unwesentlich.

Das Raucherentwöhnungsprogramm erzielte zum Ende der Rehabilitation eine Abstinenzrate von 49,3 %. Sechs Monate nach der Rehabilitation waren 22,6 % der Teilnehmer noch Nichtraucher (intention to treat).

Das Ausmaß der Motivation zum Beginn der Raucherentwöhnung (t1) klärt 27,8 % der Varianz des Behandlungserfolgs zu t2 auf. Wissen und Grad der Abhängigkeit zu t1 haben keine Voraussagekraft für den Behandlungserfolg zu t2.

Diskussion

Die Behandlungserfolge zu t2 sind im Vergleich zu übrigen Studien überdurchschnittlich gut. Die Abstinenzquoten zu t3 sind unter Berücksichtigung einer überdurchschnittlich hohen dropout-Rate (intention to treat) mit anderen Studien vergleichbar. Das obligatorische Behandlungskonzept konnte keine wesentliche Motivationsförderung bewirken. Die Motivation zu Behandlungsbeginn ist jedoch von zentraler Bedeutung für den Behandlungserfolg.

Schlussfolgerung

In der Weiterentwicklung des Behandlungskonzeptes bleibt zu prüfen, ob durch eine Optimierung der Rückfallprophylaxe die Abstinenzraten nach der Rehabilitation zu verbessern sind und eine Vorinformation von Rehabilitanden die Motivation, das Rauchen zu beenden, fördern kann.

Literatur

- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), 2004: Tabakassoziierte Krankheiten, Curriculum Raucherentwöhnung. Berlin.
- Bühler, A., Metz, K., Kröger, C., 2002: Rauchfrei – Ich?! Ein Manual für die stationäre Raucherentwöhnung. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kröger, C., Metz, K., Bühler, A., 2004: Tabakentwöhnung bei Patienten in Rehabilitationskliniken. Suchtmed 6 (1), 61-66.
- Metz, K., Bühler, A., Kröger, C., 2002: Rauchfrei nach Hause. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Raucherentwöhnungsmanual für Kliniken. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Toeppich, J., Welsch, G., 1991: Evaluation des Raucherentwöhnungsprogramms der BZgA „Eine Chance für Raucher – Nichtraucher in 10 Wochen“. Prävention 14 (3), 97-100.

Darstellung von unterschiedlichen Intensitäten von Intervalltraining in der Rehabilitation von schweren Atemwegserkrankungen

Pleyer, K. (1), Lenz, S. (2), Lachtermann, E. (2), Jung, K. (2)

(1) Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang, (2) Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Hintergrund

Bewegungstherapie bei Asthma bronchiale, COPD und Lungenemphysem stellt einerseits ein wichtiges therapeutisches Prinzip, andererseits besteht aber bei körperlicher Belastung von Patienten mit schweren Atemwegserkrankungen die Gefahr, dass die Sauerstoffsättigung im Blut absinkt und dadurch ein Training in der Dauerform nur bedingt möglich ist. Um eine ausreichende Belastungsintensität zu gewährleisten ist die Intervallmethode empfehlenswert. Die Studie befasste sich damit, welche Intensität für ein Intervalltraining (40 % oder 70 % der max. Leistungsfähigkeit) am besten geeignet ist.

Methodik

Es wurde mit 19 Patienten mit schweren obstruktiven Lungenfunktionsstörungen (FEV1 <50 %- Soll) zur Erfassung ihrer max. Leistungsfähigkeit ein schneller Rampentest sowie ein 6-Min.-Gehtest durchgeführt. Über die Zeit des 3-wöchigen Rehabilitationsaufenthaltes trainierten nach der Intervallmethode 10 Pat. bei 70 % und 9 bei 40 % der eingangs erfassten max. Leistungsfähigkeit jeweils mit 30 Sek. Belastung und 60 Sek. Pause. Zur Abschätzung des Trainingsgewinns wurden am Ende des Aufenthaltes der schnelle Rampentest und die 6-Min.-Gehtest wiederholt. Erfasst wurden folgende Parameter: Watt-Leistung, Herzfrequenz, Einsekundenkapazität, Peak-Flow, Sauerstoffsättigung, Laktat, Borgskala.

Ergebnisse

Das Intervalltraining mit 70 % der max. Leistungsfähigkeit ergab eine Leistungssteigerung von 15,4 % im schnellen Rampentest und 12,1 % im 6-Min.-Gehtest. Das Intervalltraining mit 40 % der max. Leistungsfähigkeit bewirkte demgegenüber eine Verbesserung von 8,3 % im schnellen Rampentest und 9,1 % im 6-Min.-Gehtest. Laktat- und Herzfrequenzwerte lagen bei 70 % höher als bei der Trainingsintensität von 40 %. Die Sauerstoffsättigung sank in der 40 %-Intensitätsgruppe um 0,5 % statisch insignifikant weniger ab.

Schlussfolgerung

Aufgrund der gewonnenen Ergebnisse lässt sich schließen, dass sich ein Intervalltraining mit 70 % der max. Leistungsfähigkeit für Patienten mit schwerem Asthma bronchiale, COPD und Lungenemphysem in der Regel besser eignet als ein Intervalltraining mit 40 %. Die Sauerstoffsättigung kann mittels des Intervalltrainings stabil bei ca. 90 % gehalten werden, trotz höherer Trainingswattleistung.

Literatur

- Fichter, J., Fleckenstein, J., Stahl, C., Sybrecht, G.W. (1999): Einfluss von Sauerstoff auf die aerobe Belastbarkeit bei Patienten mit COPD, *Pneumologie* 53, 121-126.
- Pleyer, K. (2001): Sporttherapie bei Erwachsenen mit Asthma bronchiale oder COPD, *MedReport*, Nr.17/25. Jahrgang, Berlin.
- Worth, H., Meyer, A., Folgering, H., Kirsten, D., Lecheler, J., Magnussen, H., Pleyer, K., Schmidt, S., Schmitz, M., Taube, K., Wettengel, R. (2000): Empfehlungen der Deutschen Atemwegliga zum Sport und körperlichen Training bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen, *Pneumologie*; 54:61-77, Georg Thieme Verlag Stuttgart.
- Pleyer, K. (1998): Sport and movement in the Asthma Treatment, *Rehabilitàcia* 4/CZE Vol.:XXXI., pp.250-251.

Differenzielle Effekte der Bewegungstherapie am Beispiel chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen

Hahn, C.

Institut für Sport und Sportwissenschaft, Universität Heidelberg

Stand der Literatur / Problemstellung

Zur Wirksamkeit sporttherapeutischer Maßnahmen im Allgemeinen sowie zur Effizienz von Interventionen bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen im Besonderen liegen eine Vielzahl von Evaluationsstudien vor (Lacasse et al., 1996, Ries et al., 1997). Die wenig einheitliche, zum Teil widersprüchliche Befundlage ist auf unterschiedliche Festlegungen in den verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses (theoretische Grundlegung, Auswahl des Studiendesigns, Selektion der Auswertungsstrategie) zurückzuführen.

Methodik

In einem ersten Schritt wird zur Aufarbeitung der Befundlage ein heuristisches Ordnungsraster entwickelt, in dem zwischen den bewegungstherapeutischen Bausteinen: Ausdauertraining (A), Funktionsgymnastik (F) und Entspannungstraining (E) differenziert wird. In einem zweiten Schritt wird die

Wirksamkeit dieser Therapieformen (Gruppenfaktor) in einer klinischen Studie geprüft. Die Interventionen umfassen ein einmal wöchentlich durchgeführtes Training über einen Zeitraum von drei Monaten. In einem Prä-/Posttestdesign (Messwiederholungsfaktor) sind als abhängige Variablen die Ausdauerleistungsfähigkeit, die Lungenfunktion sowie mehrere psychosoziale Variablen erhoben worden.

Ergebnisdarstellung und Diskussion

Das Ordnungsraster erweist sich für eine sekundäranalytische Betrachtung von Einzelstudien als gewinnbringend. Als lückenhaft ist der empirische Kenntnisstand zu den Bausteinen F und E zu bezeichnen. In der eigenen Studie zeigen sich treatmentunspezifische Verbesserungen in der Stressverarbeitung, die mit den Ergebnissen aus Meta-Analysen übereinstimmen. Für die Intervention mit dem Baustein A werden keine signifikanten Effekte aufgedeckt. Im Einklang mit den Gesetzmäßigkeiten der Trainingslehre für Gesunde und den Ergebnissen vorliegender Studien ist davon auszugehen, dass zur Steigerung der Ausdauerleistungsfähigkeit mehr als eine Übungseinheit pro Woche absolviert werden muss. Die Intervention mit dem Baustein F führt zu keinen signifikanten Veränderungen. Hier ist insgesamt festzuhalten, dass zur Wirkung der Funktionsgymnastik auf aktuelle und habituelle physiologisch-somatische und psychosoziale Prozesse bei der Zielgruppe nicht hinreichend aussagekräftige Ergebnisse vorliegen. Die Intervention mit dem Baustein E erbringt eine signifikante Verschlechterung der Ausdauerleistungsfähigkeit und eine signifikante Reduktion der Stressverarbeitungsstrategie „Resignation“. Die Verschlechterung der Ausdauerleistungsfähigkeit ist durch Patientenberichte zu erklären, aus denen hervorgeht, dass die Probanden die Entspannungstechniken im Alltag häufiger einsetzen und sich weniger belasten. Die als äußerst positiv zu interpretierende Reduktion der Strategie Resignation deutet darauf hin, dass die Patienten das regelmäßige Abschalten als Grundlage nutzen, um im Sinne der optimalen Krankheitsbewältigung aktivere Strategien einzusetzen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Trotz der relativ geringen Trainingshäufigkeit sind Unterschiede in den Wirkungen zu verzeichnen. Die in einer weiteren Untersuchung (Hahn, 2003) gemessenen Effekte der Bausteine bei einer anderen Zielgruppe (Patienten mit künstlichem Hüftgelenk) geben Anlass, auch in zukünftigen Forschungsarbeiten die vorgeschlagene analytische Vorgehensweise zu berücksichtigen. In Bezug auf die Inhalte der Sporttherapie sollten die verschiedenen Bausteine perspektivisch verstärkt als Mittel spezifischer Zielsetzungen zum Einsatz kommen. Es wird dafür plädiert, durch den empirisch begründeten Einsatz ausgewählter Bausteine einen Beitrag zur ganzheitlichen Krankheitsbewältigung im Sinne des salutogenen Ansatzes zu leisten.

Literatur

- Hahn, C. (2003): Bausteine der Bewegungstherapie. Schorndorf: Hofmann.
- Lacasse, Y., Wong, E., Gyuatt, G.H., King, D., Cook, D.J., Goldstein, R.S. (1996): Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*, 348, 1115-1119.
- Ries, A.L., Carrieri-Kohlman, V., Casaburi, R., Celli, B.R., Emery, C.F., Hodgkin, J.E., Mahler, D.A., Make, B., Skolnick, J. (1997): Pulmonary Rehabilitation. Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Guidelines. *Chest*, 112, 1363-1396.

Die Ermittlung von Reha-Bedarf bei der chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankung (COPD): Konzeptvalidierung des „Lübecker Algorithmus“

Mittag, O., Ekkernkamp, M., Raspe, A., Matthis, C., Raspe, H.

Institut für Sozialmedizin, Lübeck

Hintergrund

Im Verlauf eines vorhergehenden Projekts (A4) wurden in dreijähriger Arbeit eine Methode und zwei Algorithmen zur Objektivierung und Abschätzung des Rehabilitationsbedarfs unter noch berufstätigen Versicherten einer LVA entwickelt. Zielkrankheiten waren der Diabetes mellitus Typ 2 und schwere Rückenschmerzen. Die Algorithmen berücksichtigen sozialrechtliche Vorgaben und die Evidenzlage ebenso wie die klinische, psychosoziale, berufliche und Versorgungssituation der Versicherten (vgl. Raspe et al., 2001). Das Folgeprojekt (A1), über das hier berichtet wird, dient der Validierung des "Lübecker Algorithmus".

Ziel

Die Validität des zugrundeliegenden Konzepts zur Ermittlung von Reha-Bedarf soll durch die Übertragung auf die Zielkrankheit COPD überprüft werden (= Teilprojekt 1: Konzeptvalidierung). Nach der Entwicklung des Algorithmus am Diabetes mellitus Typ 2 und bei schweren Rückenschmerzen wird jetzt eine objektivierende Prävalenzschätzung von Reha-Bedarf für die COPD vorgestellt. Das zugrunde liegende mehrdimensionale Assessment fokussiert klinische Merkmale der COPD sowie deren Folgen und Risiko- bzw. Kontextfaktoren.

Methoden

Es wurde ein erneutes zweistufiges Befragungs- und Untersuchungssurvey der A4-Kohorte im Abstand von drei Jahren durchgeführt. Probanden, die anhand von postalischen Filterfragen auf eine COPD verdächtig waren, wurden zu einer ärztlichen Untersuchung (einschließlich Spirometrie) an das Institut für Sozialmedizin eingeladen. Dimensionen der COPD, ihrer Risikofaktoren und Folgen (Aktivitäts- und Teilhabestörungen) wurden operational definiert (z. B. CES-D für Depressivität). Aktuelle Probleme wurden (meist unter Berücksichtigung populationsbezogener Grenzwerte) identifiziert und zehn verschiedenen Hauptzugängen (Disziplinen, Programmen) zugewiesen. Reha-Bedarf wurde angenommen, wenn aktuell sechs oder mehr therapeutische Zugänge benötigt werden.

Ergebnisse

Die erneute postalische Befragung der ehemaligen A4-Kohorte ist abgeschlossen. Die Rücklaufquote liegt bei 76 %. 15 % der Befragten erfüllten die Einladungskriterien für die ärztliche Untersuchung; davon konnten 266 Probanden tatsächlich untersucht werden (= 65 % nach Ausschluss von 9 Probanden, bei denen wegen anderer schwerer Erkrankungen eine Untersuchung nicht infrage kam). 21 % der positiv gescreenten Probanden zeigte bei der Untersuchung keine pulmonalen Symptome und eine unauffällige Spirometrie. Von den übrigen 205 Probanden entfielen 58 % auf das COPD-Stadium 0 nach GOLD (neue Stadieneinteilung nach Mayor, 2004), 19 % auf das Stadium I, 21 % auf das Stadium II und 2 %

auf das Stadium III. In der aktuellen Fassung des Algorithmus wird nach diesem Kriterium Reha-Bedarf in 29 % der untersuchten Probanden festgestellt.

Diskussion und Ausblick

Das Konzept des "Lübecker Algorithmus" lässt sich auf die COPD übertragen. Ähnlich wie beim Diabetes mellitus und bei Dorsopathien fallen die Prävalenzschätzungen für Reha-Bedarf eher niedrig aus. Das bedeutet nicht, dass bei Probanden, für die nach Algorithmus kein Reha-Bedarf festgestellt wird, nicht doch eine Notwendigkeit für Reha-Maßnahmen besteht. Der Algorithmus kann und soll die ärztliche Entscheidung im Einzelfall nicht ersetzen.

Bei seinem derzeitigen Entwicklungsstand kann aber erwogen werden, den Lübecker Algorithmus in der sozialmedizinischen Untersuchung seitens der Leistungsträger zu berücksichtigen oder als Screeninginstrument in Betrieben oder ärztlichen Einrichtungen zu nutzen. Ersteres wird derzeit im Rahmen eines Transferprojekts in Zusammenarbeit mit der BfA und der LVA Schleswig-Holstein praktisch erprobt.

Literatur

- Mayor, S. (2004): New guidelines aim to improve management of COPD. *BMJ*, 328, 1336.
- Raspe, H., Sulek, C., Héon-Klin, V., Matthis, C., Igl, G. (2001): Zur Feststellung von Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen unter erwerbstätigen Mitgliedern der Gesetzlichen Rentenversicherung. *Das Gesundheitswesen*, 63, 49-55.

Schulungs- und Informationsmaterial für türkische Diabetiker - Bewertungskriterien

Demirtas, A., Schaffner, O.

Eleonoren-Klinik Winterkasten

Nach einer Studie von Laube et al. 2001 beträgt die Prävalenz für Diabetes mellitus bei der türkischen Bevölkerung in Deutschland 8,5 %. Bei 1,9 Mio. Türken in Deutschland ergibt sich eine Zahl von ca. 165.000 türkischen Menschen mit Diabetes. Schulungskonzepte und Informationsmaterial für diese Gruppe zu entwickeln ist seit längerem ein Anliegen von in der Diabetologie Tätigen in Praxen und Kliniken sowie der Pharmaindustrie. Einiges an Material ist verfügbar, nicht alles ist brauchbar. Die Arbeitsgruppe Schulungsmaterial der AG Diabetes und Migranten (DDG) hat es sich zur Aufgabe gemacht, Kriterien zur Bewertung von Schulungs- und Informationsmaterial zu entwickeln und vorhandenes Material danach zu beurteilen. Besonders auffällig in der Gruppe der türkischen Diabetiker ist der hohe Anteil von Menschen mit schlechten oder keinen Lese- und Schreibfähigkeiten. Bei einer eigenen Befragung hatten 75 % der Patienten maximal die 5jährige Grundschule besucht. Von diesen gaben knapp 25 % an, nicht oder kaum lesen zu können. Diese Menschen sind mit den üblichen schriftlichen Materialien nur schwer zu erreichen. Es schien uns zu Anfang unserer Arbeit zunächst wichtig, Kriterien zu entwickeln, an Hand derer die Schulbarkeit, die Motivation und persönlichen Voraussetzungen des Patienten beurteilt werden, um ihm geeignetes Material zukommen lassen zu können. Wir haben verschiedene Kriterien, wie Lese- Rechenfähigkeit, Schulbesuch, Vorkenntnisse, soziale Verhältnisse und deutsche Sprachkenntnisse zu einem Schulbarkeits-Score zusammengefasst, der zur Zeit evaluiert wird. Zusätzlich mitbeurteilt werden soll von der Schulungskraft die Motivation des Patienten als subjektiver Eindruck. In der Diskussion zeichnete sich ab, dass wir es mit drei Gruppen von Patienten zu tun haben. Die erste kleine Gruppe hat eine gute Lese- und Rechenfähigkeit und gutes Allgemeinwissen z.B. über Körperfunktionen. Die Patienten dieser Gruppe sind vergleichsweise leicht zu schulen. Die Bewertungskriterien für Schulungs- und Informationsmaterial werden im Folgenden angegeben. Die einzelnen Kriterien können voll, teilweise oder nicht erfüllt sein.

- Ernährungsempfehlungen entsprechen der türkischen Kultur.
- Handelnde Personen entsprechen in ihren Handlungen der türkischen Kultur oder sind zumindest dieser nicht konträr. Es müssen keine Stereotypen dargestellt werden.
- Korrekte Terminologie.
- Ansprechende äußere Aufmachung.
- Inhaltliche Korrektheit und gute Anwendbarkeit.
- Verfügbarkeit im Handel oder über Außendienst der Pharmafirmen.

Es wird dann noch beurteilt, für welche Diabetikergruppe (Typ1 oder 2) das Material geeignet ist und ob es sowohl in türkisch als auch in deutsch vorhanden ist. Es folgt als zweite

Gruppe der überwiegende Anteil der türkischen Diabetiker. Sie können meist etwas lesen, haben häufig geringe Kenntnisse über ihren Körper (z. B. Verwechslung von Lunge und Leber) und sind das Lernen von neuen Inhalten nicht gewohnt. Für diese Gruppe gelten ebenfalls die oben genannten Kriterien. Zusätzlich müssen aber noch weitere berücksichtigt werden:

- Die Information muss leicht verständlich dargeboten werden, sich auf wesentliche Inhalte beschränken.
- Es muss ein deutlicher Bezug zum Alltag des Patienten da sein.
- Lange Textpassagen müssen vermieden werden. Hilfreich sind Bilder oder ev. praktisch anwendbare Modelle.

Die einzelnen Sequenzen der Schulungsprogramme dürfen nicht zu lange sein.

Die dritte Gruppe der türkischen Diabetiker sind jene, die kaum oder gar nicht lesen können, ein schlechtes Zahlenverständnis haben, keine Ansätze eines Krankheitsverständnis erkennen lassen und/oder nicht motiviert sind. Die Motivation spielt bei allen Gruppen eine große Rolle, da auch Patienten mit ansonsten schlechter Vorbildung bei guter Motivation erstaunlich gute Kenntnisse und Fähigkeiten erwerben können. Die zuletzt beschriebene Gruppe von Patienten ist in der Regel nur einzeln schulbar. Hier geht es um die Vermittlung von Grundwissen, damit vermeidbar gefährliche Verläufe abgewendet werden können. Teilweise muss die Familie mit in die Therapie eingebunden werden. Ob und wenn ja welches Informationsmaterial für diese Menschen angemessen ist, muss im Einzelfall überprüft werden.

Literatur

Laube et al., (2001): Diab. und Stoffwechsel 10, 52.

Schlüsselwörter: Bewertungskriterien für Schulungs-/Informationsmaterial; Schulbarkeits-Score

Korrespondenzadresse: Dr. med. Andrea Demirtas, Eleonoren-Klinik Winterkasten, 64678 Lindenfels, Tel.: 06255 3020, Fax: 06255 2599, e-mail: schaffner@igd.fhg.de

Diabetes und Migranten: Sozialstatus, klinische Aspekte und Reha-Erfolg

Rosemeyer, D., Jolivet, B.

Klinik Rosenberg, Bad Driburg

Einleitung

Soziale und rehabilitative Daten von Migranten mit Diabetes aus der LVA Westfalen aus den Jahren 2001 bis 2003 sollen aufgezeigt und mit denen deutscher Diabetiker verglichen werden.

Methodik

Von 1830 Diabetikern (ohne onkologische Indikation) unserer Klinik wurden durch Familien- und Vornamen Migranten ermittelt. Deutschnamige Rücksiedler sind so nicht eruiert und daher unterrepräsentiert. Datenbasis ist eine standardisierte Reha-Dokumentation (Megaredo), die von allen Rehabilitanten prospektiv erhoben wurde.

Ergebnisse

1. Allgemeine Daten:

Es fand sich ein Prozentsatz von 11,8 % namensbegründeter Migranten (n=216) zu fast gleichen Teilen aus islamischer (Türkei, Arabien) und nicht-islamischer (Russland, Bosnien, Griechenland, Italien, Spaniern, Portugal) Herkunft. Die Geschlechtsverteilung war mit etwa 30 % Frauen zwischen Deutschen und Migranten nicht unterschiedlich, das Alter bei Migranten um 1,3 Jahre niedriger (48,1 vs 49,4; $p < 0,05$). Die Initiative zum Reha-Verfahren ging zu etwa 2/3 in beiden Gruppen vom Patienten bzw. dem Hausarzt aus. Die Kommunikationsfähigkeit war bei 39 % der Migranten fraglich oder schlecht (deutsche Diabetiker 6 %). Die Reha-Motivation wurde vom Arzt bei Migranten doppelt so häufig (21,4 %) als fraglich oder schlecht eingeschätzt (vs 10,4 %).

2. Soziale und berufliche Parameter:

Berufsfähigkeit (berufstätig/arbeitslos) unterschied sich in beiden Gruppen nicht signifikant (91 % Deutschnamiger versus 95 % Migranten). Der Anteil ungelernter Arbeiter war bei Migranten mit 75 % deutlich höher als bei deutschstämmigen Diabetikern (40 %). Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme wurde bei 53 % der Migranten festgestellt und bei 40 % der Diabetiker mit deutschen Namen ($p < 0,01$), bei Entlassung hatte sich die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auf 28 bzw. 25 % angeglichen. Die Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten vor Reha betrug im Durchschnitt 14,6 Wochen bei den Migranten gegenüber 10,8 Wochen bei Deutschen ($p < 0,0001$). Eine Wiederaufnahme der letzten Arbeit konnten sich nur 33 % der Migranten gegenüber 53 % der deutschen Diabetiker vorstellen. Aus ärztlicher Sicht wurde eine Motivation zur Arbeitsaufnahme bei 37 % der Migranten als nicht vorhanden oder fraglich eingeschätzt, bei einheimischen Diabetikern bei 21 % ($p < 0,0001$).

3. Medizinische Parameter:

8,7 % der diabetischen Migranten wurden dem Typ 1 zugeordnet gegenüber 13,7 % der einheimischen Diabetiker. Auch pankreoprive Diabetiker waren mit 2,9 % (gegenüber 5,8 % Einheimischer) seltener. Der Body-Mass-Index war mit 31,3 bzw. 31,9 kg/m^2 in beiden Gesamtgruppen gleich verteilt, die deutschen Typ 2-Patienten waren stärker adipös (BMI > 35 : 39 versus 26 %). Folgekrankheiten (Neuro-, Nephro-, Retinopathie, Hypertonus, KHK, erektile Dysfunktion) fanden sich gleich häufig. Migranten waren bisher nur zu 53 % geschult worden, deutsche Diabetiker zu 65 %. HbA_{1c} findet sich mit 7,8 % bei Migranten nur tendenziell und nicht signifikant höher als bei deutschen Diabetikern (HbA_{1c} 7,5). Bemerkenswert war eine höhere subjektive Reha-Bedürftigkeit bei Migranten gegenüber deutschen Diabetiker: Mini-Ires-Score 58 versus 48, $p < 0,0001$ (100 = maximale Reha-Bedürftigkeit). Dies betraf die Aspekte berufliche Sorgen, Schmerzen und Burnout, nicht jedoch die Häufigkeit von Risikofaktoren. Auch in psychischer Hinsicht (Score-Angst, -Depression, -Krankheitsbelastung) fanden sich Migranten höher belastet.

4. Reha-Erfolg:

Bei Aufnahme haben 7 % der deutschstämmigen Diabetiker ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnet, 65 % klassifizierten ihn als weniger gut oder schlecht. Dies waren bei Migranten 3 % bzw. 80 % ($p < 0,0001$). Diese Unterschiede hatten sich zum Entlassungszeitpunkt ausgeglichen (sehr gut / gut 28 vs 29, weniger gut / schlecht

26 vs 28 %). In der Auswahl von sehr wichtigen Reha-Zielen fanden sich häufiger bei Migranten die Ziele Krankheitsinformation, Therapieoptimierung und Vervollständigung der Diagnostik, bei Nicht-Migranten fanden sich häufiger die Ziele Gewichtsnormalisierung sowie Stressbewältigung und Verbesserung vitaler Erschöpfung.

Diskussion

Ein Prozentsatz von mehr als 12 % Migranten bei Diabetikern der Arbeiter- Rentenversicherung ist beachtlich, mehr als 1/3 sind in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt und bedürften ggf. spezieller Programme. Migranten haben einen besonders hohen Anteil ungelerner Arbeiter mit einer zusätzlich noch höheren Arbeitsunfähigkeit. Dies unterstreicht die Reha-Bedürftigkeit, die sich auch subjektiv bei Migranten erhöht findet, insbes. in Problemen des psychischen Krankheitsumgangs. In Kontrast dazu finden sich Reha-Ziele der Migranten mehr organbezogen (Diagnostik, Therapie, Information). Diabetesstoffwechsellage und Folgekrankheiten von Migranten und Deutschen unterschieden sich nicht. Der subjektive Reha-Erfolg zeigt sich bei Migranten stärker ausgeprägt als bei Einheimischen.

Effectiveness einer multifaktoriellen rehabilitativen Intervention bei Diabetes mellitus und Metabolischem Syndrom

Marxsen, A., Raspe, H.H., Peters, A.

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck

Hintergrund

Der Diabetes mellitus Typ 2 ist eine multifaktorielle multidimensionale Erkrankung, die eine Vielzahl von Risikofaktoren für schwerwiegende Folgeerkrankungen auf sich vereint. Das im Zusammenhang mit dem Typ 2 Diabetes vorkommende Metabolische Syndrom ist ein eigenständiges Krankheitsbild. Statt der Korrektur einzelner Stoffwechselfparameter erweist sich ein mehrdimensionales Therapiekonzept mit verhaltensmedizinischen Ansätzen als sinnvoll (Gaede et al., 2003).

Mit dem „Lübecker Algorithmus“ steht ein Assessmentinstrument zur Verfügung, mit dem ein (1) Rehabilitationsbedarf bei Diabetes mellitus Typ 2 im Sinne eines Screenings objektiv und reproduzierbar erfasst werden kann, (2) die Anzahl und Art der indizierten Interventionen identifiziert und ein (3) bedarfsgerechtes Rehabilitationskonzept vorgeschlagen wird (Dodt et al., 2002).

Ziel

Ziel der Studie war die Evaluation der Effectiveness einer stationären Rehabilitationsbehandlung bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und Metabolischem Syndrom und die gleichzeitige Etablierung des „Lübecker Algorithmus“.

Methoden

Mit Hilfe des „Lübecker Algorithmus“ wurden 216 Probanden aus einer Kohorte von Versicherten der LVA Schleswig-Holstein untersucht. Probanden, bei denen anhand des Algorithmus Bedarf für eine Rehabilitation festgestellt werden konnte, wurden in zwei Gruppen

randomisiert. Die eine Gruppe nahm in zwei assoziierten Kliniken an einer standardisierten multiinterventionellen Rehabilitation teil, während die andere in hausärztlicher Therapie verblieb.

Die Follow-Up Untersuchungen der Probanden konnte am 15. Oktober 2004 abgeschlossen werden. Zur Evaluation der Effectiveness der stationären Rehabilitation gegenüber der hausärztlichen koordinierten Therapie werden der Progress diabetischer Komplikationen und die Lebensqualität als Outcome-Variablen beurteilt.

Ergebnisse

Aus der untersuchten Kohorte von 217 Probanden weisen 85 % (183 Probanden) Bedarf für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme auf. 67 % der Probanden (144) wurden in die Interventionsgruppe (71) bzw. zur weiteren hausärztlichen Betreuung (73) extern randomisiert. Trotz aufwendiger Motivierung der Probanden selbst, der Hausärzte und der Kostenträger nahmen lediglich 27 Probanden der Interventionsgruppe an einer Rehabilitation teil.

Diskussion

Der „Lübecker Algorithmus“ war im Rahmen der Studie mit Hilfe angepasster Software einfach anwendbar. Durch ihn konnten Bedarf des Probanden sowie Art und Anzahl der Interventionen in einem individuellen Rehabilitationskonzept objektiv und reliabel festgestellt werden.

Bei der vorläufigen Auswertung der Daten unmittelbar nach Abschluss der Untersuchung fällt ein mangelnde Akzeptanz für eine stationäre Rehabilitation sowohl auf Seiten der Kostenträger als auch der Hausärzte und Probanden auf. Trotz optimierter Voraussetzungen im Rahmen der Studie nutzt ein großer Teil der Probanden, die Rehabilitationsbedarf aufweisen, nicht die angebotene Möglichkeit einer stationären Rehabilitation. Insbesondere auf Seiten der Probanden, die sich aus den bei den LVA versicherten „blue collar worker“ rekrutieren, scheint ein Informationsdefizit und mangelndes Gesundheitsbewusstsein vorhanden zu sein, das sich auch auf die Nutzung vorhandener Angebote erstreckt.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse zeigen, dass ein erheblicher Rehabilitationsbedarf in der untersuchten Kohorte von LVA-Versicherten mit manifestem Typ 2 Diabetes oder metabolischem Syndrom besteht. Dies bestätigt die Notwendigkeit eines standardisierten und operationalisierten Ablaufplans für den Zugang zur Rehabilitationsmaßnahme nach dem Muster des „Lübecker Algorithmus“. Die Weiterentwicklung zu einem in der alltäglichen Praxis von Hausärzten oder Präfärzten der Kostenträger anwendbaren Instrument ist wünschenswert.

Aus der niedrigen Akzeptanz der stationären Rehabilitationsmaßnahme in der untersuchten Kohorte lässt sich ein erweiterter Informationsbedarf insbesondere dieser Bevölkerungsschicht in Bezug auf den Diabetes mellitus und das Metabolische Syndrom ableiten. Darüber hinaus ist eine Erweiterung ambulanter Rehabilitation anzustreben und deren Akzeptanz zu untersuchen.

Literatur

- Gæde, P. et al. (2003): N Engl J Med 348, 383-393.
Dodt, B. et al. (2002): Die Rehabilitation 41, 237-248.

Wie effektiv und nachhaltig ist ein strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit Diabetes mellitus während der stationären Rehabilitation?

Hasemann, J., Montanus, H., Montanus, U., Diesner, A., Vogt, K.
Postakut- und Rehabilitationszentrum Elbe-Saale-Klinik Barby

Einführung

Nach DCCT mit 1.400 in dieser Studie aufgenommenen Typ I-Diabetikern führt eine Reduktion des HbA1c-Wertes von im Mittel 9,1 auf 7,3 % zu einer signifikanten Reduktion mikrovasculärer Komplikationen (Wilms, 2004). Diese Ergebnisse konnten in der Nachfolgestudie EDIC über einen Beobachtungszeitraum von 10 Jahren bestätigt werden. (DCCT Research Group, 1993). Ziel unserer Untersuchung ist die Evaluation von Effektivität und Nachhaltigkeit eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms für Patienten mit Diabetes mellitus in der stationären Rehabilitation und der Vergleich unserer Ergebnisse mit den vorliegenden Daten der genannten Studien.

Methodik

In den Jahren 2000 bis 2003 wurden 229 Patienten mit Typ 1-Diabetes einem strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramm nach Kriterien der DDG unterzogen (reguläre 21 Tage stationäre Rehabilitation; Durchschnittsalter 43,1 Jahre, SD 13,26; Diabetesdauer Mittelwert 13,9 Jahre, SD 13,08). Die Patienten eines Jahrgangs wurden nach einem Jahr schriftlich kontaktiert. Von 47 Patienten konnten nach einem Jahr Nachbeobachtungsdaten akquiriert werden (Rückmeldequote 75 %).

Ergebnisse

Bei allen Patienten war bereits während der Rehabilitation entgegen den Erwartungen eine Absenkung des mittleren HbA1c-Wertes von 8,5 (SD 1,7) auf 8,0 % (SD 1,3) zu erzielen, bei den 47 nachbeobachteten Patienten ein weiterer Abfall des mittleren HbA1c-Wertes auf 7,1 (SD 1,1) nach einem Jahr. Gerade die Patienten mit den schlechtesten Ausgangswerten (HbA1c-Werte > 8,6 %) erzielten den größten Benefit (mittl. HbA1c Anfangswert 10,0 % (SD 1,4) nach Rehabilitation 8,9 % (SD 1,1) nach einem Jahr 7,2 (SD 1,2).

Diskussion

Eine stationäre Rehabilitation mit strukturiertem Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit Diabetes mellitus ist hocheffektiv, zeigt eine langanhaltende Wirkung bei der Verbesserung der Stoffwechsellageparameter und lässt damit eine deutliche Reduktion diabetestypischer Folgeerkrankungen erwarten, wie dies auch nach DCCT/EDIC vorbeschrieben ist (DCCT/EDIC Research Group, 2003). Den größten Nutzen haben die Patienten mit der formal schlechtesten Stoffwechsellage. Die erzielten Effekte sind nach einem Jahr noch stärker nachweisbar, auch dann ist der Benefit für die Patienten mit der ursprünglich schlechten Stoffwechseleinstellung wieder größer.

Schlussfolgerungen

Auf dem Hintergrund der nachgewiesenen deutlichen Reduktion des Risikos für diabetesassoziierte Folgeerkrankungen durch Verbesserung des Stoffwechsels, ist die stationäre Re-

habilitationsbehandlung mit einem umfangreichen und strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramm für Typ 1 Diabetiker ein Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und kann mittel- oder langfristig ein wesentliches Einsparpotenzial für die Kostenträger bedeuten.

Literatur

WILMS, EDIC-Studie, Diabetes-Congress-Report 2 (2004): 10-16.

The DCCT Research-group (1993): The effects of intensive treatment on the development and progression of long-term complications in insulin dependent diabetes mellitus. New Engl. J. Med. 329, 977-986.

DCCT/EDIC Research group (2003): Sustained effect of intensive treatment of Type 1 Diabetes mellitus on Development and Progression of Diabetic Nephropathie. JAMA, 290: 2159-2167.

Profil Psychotherapeutischer Zielsetzungen: Erste Anwendung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation

Dirmaier, J., Harfst, T., Koch, U., Schulz, H.

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Hintergrund

Von theoretischer Seite wird seit längerem eine systematische Erfassung von Therapiezielen und eine Bewertung des Grades der Zielerreichung gefordert (Kazdin, 1999), einerseits um dem Anspruch einer stärkeren Ergebnisorientierung gerecht zu werden und um andererseits die Behandlung stärker den individuellen Bedürfnissen der Patienten anzupassen (Bengel & Jäckel, 2000). Insbesondere im Rahmen von Outcomemessungen von Psychotherapie wird Therapiezielen eine wichtige Rolle zugeschrieben, da hier, im Gegensatz zu einer generischen Outcomeerfassung, eine individualisierte Messung entsprechend den Problembereichen des Patienten möglich wird (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002; Senf & Broda, 2000). Basierend auf schon vorhandenen Entwicklungen (Dirmaier et al., 2002) wurde ein Verfahren zur Erfassung von Therapiezielen und deren Erreichung entwickelt. Ziel dieser Studie war, dieses Instrument hinsichtlich Aspekten der Validität insbesondere der Zielerreichungsmessung zu untersuchen.

Methodik und Studiendesign

Die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Studie realisierte ein längsschnittliches Design mit drei Messzeitpunkten: Beginn der stationären Behandlung (T1), Ende des stationären Aufenthalts (T2) und 6-Monats-Katamnese (T3). Insgesamt sollte aus 11 beteiligten Kliniken konsekutive Stichproben von jeweils 200 Patienten untersucht werden. Um eine möglichst valide Erfassung der Zielinhalte wie auch der Zielerreichung zu erhalten, wurde sowohl ein Verfahren zur Fremd- wie auch zur Selbsteinschätzung verwendet. Neben den Zielerreichungseinschätzungen wurde der Therapieerfolg durch Prä-Post-Differenzen der patientenseitig eingeschätzten Symptomcheckliste (SCL-14), des Inventars Interpersonaler Probleme (IIP), der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K) und der SF-8 gemessen. Zur Prüfung der Validität der Zielauswahl wurde mittels logistischer Regressionsanalysen untersucht, inwieweit sich die Zielauswahl für unterschiedliche Diagnosegruppen sowie unterschiedlich psychopathologisch belasteten Patientengruppen unterscheidet. Zur Prüfung der Validität der Zielerreichungseinschätzungen wurden Unterschiede in der Zielerreichung mittels univariater Varianzanalysen sowie multipler Regressionsanalysen mit entsprechenden klinischen Prädiktoren wie Schweregrad der Erkrankung, Reha-Motivation, Ausmaß der psychopathologischen Symptomatik und funktionellen Einschränkungen untersucht. Im Weiteren wurden die korrelativen Zusammenhänge zwischen dem Zielerreichungsgrad und Veränderungen in entsprechenden psychopathologischen Symptombereichen überprüft.

Ergebnisse

Insgesamt wurden N=1918 Patienten aus 11 Kliniken in die Analysen einbezogen. Die Ergebnisse der Validitätsprüfung zeigen, dass Unterschiede zwischen diagnostischen Gruppen und Patienten mit unterschiedlichen psychopathologischen Belastungen oder funktionellen Einschränkungen gut abgebildet werden. Die Überprüfung der Unterschiedlichkeit der Zielerreichung auf der Ebene der Zieldimensionen sowie der Zielbereich zeigt, dass sich die Zielscores jeweils signifikant mit mindestens geringer Effektstärke voneinander unterscheiden. Ebenso wird deutlich, dass verschiedene Faktoren zu Beginn der Behandlung einen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß der Zielerreichung haben und dass ein positiver Zusammenhang zwischen der Zielerreichung und der Prä-Post-Veränderungen in entsprechenden psychopathologischen Bereichen besteht. So korreliert beispielsweise die Zielerreichung der Zielbereiche „Förderung der sozialen Kompetenz“, „Bearbeitung interpersoneller Probleme“ und „Aspekte des Selbst“ signifikant positiv mit der Skala „selbstunsicher“ des IIP.

Diskussion

Auf der Basis der Ergebnisse der durchgeführten Analysen kann geschlussfolgert werden, dass das entwickelte Instrument die hier überprüften Kriterien hinreichend erfüllt. Das System kann als verständlich und vollständig und somit praktikabel bezeichnet werden. Die Ergebnisse der Validitätsprüfung zeigen, dass Unterschiede zwischen diagnostischen Gruppen und Patienten mit unterschiedlichen Symptombelastungen sowie Veränderungen in verschiedenen psychopathologischen Bereichen gut abgebildet werden. Die in den Analysen aufgezeigten Schwachstellen des Instruments werden in einer modifizierten Version des Instruments berücksichtigt.

Literatur

- Bengel, J., Jäckel, W.H. (Hrsg.) (2000): Zielorientierung in der Rehabilitation. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Dirmaier, J., Koch, U., Kawski, S., Schulz, H. (2002): Therapieziele als Qualitätsmanagement-Instrumentarium in der Psychosomatischen Rehabilitation. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 96, 25-30.
- Grosse-Holtforth, M., Grawe, K. (2002): Bern Inventory of Treatment Goals. Part 1: Development and first application of a taxonomy of Treatment Goal Themes. Psychotherapy Research, 12 (1), 79-99.
- Kazdin, A.E. (1999): The meanings and measurement of clinical significance. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 67 (3), 332-339.
- Senf, W., Broda, M. (2000): Praxis der Psychotherapie (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Akzeptanz eines psychometrischen Routinediagnostik- und Qualitätsmonitoringsystems bei Psychotherapeuten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation

Göner, S., Bischoff, C.

Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim

Hintergrund

Psychotherapeuten gelten weithin als skeptisch gegenüber einer empirischen Erforschung der Effektivität ihres Handelns. Die Ursachen für die vermeintliche Ablehnung empirisch-quantitativer Ansätze zur Deskription von störungsspezifischen Parametern und zur Therapieerfolgsmessung werden vor allem in einer grundsätzlichen Ablehnung des nomothetischen zu Gunsten des idiosynkratischen Ansatzes und in Ängsten vor externer Kontrolle, Fremdbestimmung und (nicht-finanzierter) Mehrbelastung gesehen (Hass et al., 1998). Obwohl allgemein betont wird, dass die erfolgreiche Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Psychotherapie wesentlich davon abhängt, ob diese von den Beteiligten akzeptiert und als bedeutsam und praktikabel wahrgenommen werden (Nübling, Schmidt, 1998), wurde bisher kaum empirisch untersucht, wie die Durchführung eines Qualitätsmonitoringsystems in der Routineversorgung tatsächlich von den beteiligten Psychotherapeuten beurteilt wird. Eine Ausnahme: Hass et al. (1998) untersuchten die Akzeptanz eines Qualitätsmonitoringsystems bei ambulanten Psychotherapeuten, die sich freiwillig zur Teilnahme an einem Modellprojekt entschlossen hatten.

Methodik

In einer Erhebung mit einem standardisierten, eigens zu diesem Zweck konstruierten Fragebogen wurden Akzeptanz und Relevanz eines seit 2002 in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim routinemäßig durchgeführten Qualitätsmonitoringsystems, des sog. Psychologischen Routinelabors (PRL), aus der Perspektive der beteiligten Psychologen und Ärzte (n=34; Rücklaufquote 85 %) untersucht. Zur Konzeption des PRL: Zu drei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 1-Jahreskatamnese) werden globale und - in Abhängigkeit von den individuellen Behandlungsdiagnosen - störungsspezifische Parameter mittels standardisierter Fragebogenverfahren erhoben und zentral halbautomatisiert ausgewertet. Die Ergebnisse der Status- und Veränderungsdiagnostik werden zeitnah an die Therapeuten zurückgemeldet, die diese auch zur Dokumentation nutzen.

Ergebnisse

Die Akzeptanz des PRL bei den Therapeuten ist insgesamt hoch. Es wird als relevant zur Unterstützung der Diagnostik, zur objektiven Überprüfung und subjektiven Absicherung des Behandlungserfolgs, zur Förderung der Reflexion über Therapieverläufe und Behandlungsqualität und zur Dokumentation der Behandlungsergebnisse gegenüber Dritten erlebt. Die Systemprozesse sind gut in die therapeutischen Prozesse integriert und behindern diese nicht. Die wöchentliche Mehrbelastung wird mit zehn Minuten pro Woche als sehr gering angesehen. Eine Zunahme des Erfolgsdrucks oder der Sorge, kontrolliert zu werden, hat sich nicht eingestellt. Aus Sicht der Therapeuten ist eine angemessene Beurteilung des Therapieerfolgs nur durch den Einsatz störungsspezifischer Verfahren möglich, während

störungsunspezifische Verfahren oder klinische Urteile für sich zur Therapieerfolgsbeurteilung als nicht hinreichend beurteilt werden. Während Berufserfahrung und Alter keine wesentlichen Effekte auf die Therapeutenurteile haben, ist die Akzeptanz bei Psychologen (relativ zu Ärzten) und bei männlichen Therapeuten (relativ zu weiblichen) höher.

Diskussion

Die weit verbreitete Idee einer generell eher ablehnenden Haltung von Psychotherapeuten gegenüber Qualitätsmonitoringsystemen ist empirisch nicht haltbar. Psychotherapeuten erleben ein Qualitätsmonitoringsystem als gewünschte Dienstleistung, sofern sie es als praxisrelevant wahrnehmen und sich nicht kontrolliert fühlen.

Schlussfolgerung

Es wird vermutet, dass Spezifika des PRL, insbesondere die Verwendung von störungsspezifischen Verfahren zur Status- und Veränderungsdiagnostik, die hohe Akzeptanz des Systems mitbedingen. Die günstigen Ergebnisse können insofern nicht direkt auf andere, insbesondere störungsunspezifische Qualitätsmonitoringsysteme generalisiert werden. Für jedes praktizierte System sind spezifische Akzeptanzmessungen zu fordern.

Literatur

Hass, W., Märtens, M.M., Petzold, H.G., (1998): In Laireiter, A.-R., Vogel, H. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt-Verlag.

Nübling, R., Schmidt, J., (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. In Laireiter, A.-R., Vogel, H. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt-Verlag.

Diagnostik und Therapie von Progredienzangst (PA): Stand und Perspektiven

*Engst-Hastreiter, U. (1), Duran, G. (2), Henrich, G. (2), Waadt, S. (2), Berg, P. (2),
Herschbach, P. (2)*

(1) Rehabilitationsklinik Wendelstein der BfA, Bad Aibling, (2) Klinikum Rechts der Isar der Technischen Universität, München

Hintergrund

Die Angst vor dem Fortschreiten einer chronischen somatischen Erkrankung (Progredienzangst PA) stellt eine zentrale psychosoziale Belastung für chronisch Kranke dar. Dies konnte insbesondere für rheumatische Erkrankungen, Krebserkrankungen und Diabetes mellitus (Dankert et al., 2003; Engst-Hastreiter et al., 2003, 2004; Herschbach et al., 2004) gezeigt werden.

Progredienzangst (PA) wird definiert als bewusst wahrgenommene Realfurcht, die aus der Erfahrung einer schweren, potentiell lebensbedrohlichen oder zur Behinderung führenden Erkrankung und ihrer Behandlung entsteht, und die, beeinträchtigt sie in hohem Ausmaß die Lebensqualität, als dysfunktional und damit behandlungsbedürftig angesehen wird.

Ziel und Aufgabe des Forschungsprojekts im Rahmen des rehabilitations-wissenschaftlichen Forschungsverbundes Bayern RFB (gefördert durch BMBF und Deutsche Rentenversicherung) beinhalteten die Entwicklung und Evaluation eines psychodiagnostischen Messinstrumentes zur Erfassung von PA sowie eines PA-Therapieprogramms.

Methodik und Ergebnisse der ersten Projektphase (09/1998 - 08/2000)

In der ersten Phase des Projekts wurde der Progredienzangst-Fragebogen (PA-F) entwickelt. Grundlage bildete eine Gesamtstichprobe von N=915 Patienten mit rheumatischen Erkrankungen, Krebs (Colon-, Mamma-Ca) und Diabetes (Typ 1 und Typ 2).

Entwicklung des Progredienzangst-Fragebogens (PA-F):

- 65 Interviews über Angstinhalte, deren Auslöser und Bewältigung.
- Erster Fragebogeneinsatz (87 Items) bei 411 Patienten zur Faktoren- und Itemanalyse.
- Zweiter Fragebogeneinsatz (43 Items) mit 439 Patienten zur Konstruktvalidierung (HADS, SCL-90-R, SF12) und Prüfung der Test-Retest-Reliabilität.

Die Ergebnisse der psychometrischen Auswertung, die bereits ausführlich dargestellt wurden (Engst-Hastreiter et al., 2002, 2003), belegten, dass PA durch den Progredienzangst-Fragebogen (PA-F) mit fünf Skalen (affektive Reaktionen, Partnerschaft/Familie, Beruf, Autonomieverlust, Angstbewältigung) valide und reliabel erfasst werden kann.

Methodik und Ergebnisse der zweiten Projektphase (04/2002 - 03/2005)

Die zweite Phase des Projektes hatte die Entwicklung und Evaluation eines Gruppentherapieprogramms gegen PA als Ziel. Um die Indikationsstellung für eine Teilnahme von PA-stark belasteten Patienten zu definieren, wurde für Bedarfs-Analyse und Belastungsscreening (Rheumapatienten: N=241, Krebspatienten N=150) eine eindimensionale Kurzform (PA-F-KF) des PA-F mit 12 Items entwickelt sowie die entsprechenden Cutoff-Werte festgelegt. Unabhängig davon wurde der PA-F-KF bisher bei 1936 Patienten angewandt.

Für die Gruppentherapie von Progredienzangst wurden zwei Psychotherapie-Programme in jeweils vier Therapie-Doppelstunden mit maximal 10 Personen entwickelt. Beide Gruppentherapien werden dabei als wirksam erachtet (Wirkgruppenvergleich), sie unterscheiden sich jedoch grundsätzlich in ihrer Konzeption.

- Programm A: nondirektiv, themenzentrierte Interaktion, unspezifisch, eher sozialunterstützend.
- Programm B: direktiv, kognitive Verhaltenstherapie, spezifisch, gezielt angstkonfrontierend.

Das Studiendesign beinhaltete die Durchführung von Kontroll-(A)-Gruppen und Experimental-(B)-Gruppen in der stationären Rehabilitation.

Die Untersuchungsvariablen (Daten zu Behandlungszufriedenheit, Krankheitsverlauf, Gesundheitsökonomie, psychologische Testbatterie) wurden/werden zu vier Messzeitpunkten erhoben: T 1: prä-Therapie, zu Beginn, T 2: post-Therapie, am Ende der Reha-Maßnahme, T 3: 3 Monate, T 4: 12 Monate nach der Reha-Maßnahme. Nach 6 Monaten erfolgten Booster-Anrufe.

Von August 2002 bis Dezember 2003 wurden 348 Studienpatienten, 174 Rheumapatienten (Alter: 46,4 J./SD 9,4; Geschlecht: 55 % w.) und 174 Krebspatienten (Alter: 53,6 J./SD 10,5; Geschlecht: 64 % w.) unter externen Randomisierungsbedingungen (Rehabilitationswissen-

schaftlicher Forschungsverbund RFB Würzburg) in 48 Therapiegruppen unter der Leitung von speziell dafür geschulten Psychotherapeuten (z. T. mit Co-Therapeuten) behandelt.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Rücklauf-Quoten betragen zu T 2: 95 % und zu T 3: 84 %.

Dargestellt werden die Auswertung der unabhängigen Variablen und Regressionsanalysen zum Messzeitpunkt T 1 sowie die ersten Therapie-Evaluations-Ergebnisse bis zum Zeitpunkt T 3.

Demnach wurden durch beide Therapieprogramme die mit dem PA-F erfassten Progredienzanxiety-Werte reduziert, d. h. die PA-Bewältigung verbessert, bis (vorerst) mindestens über den Zeitraum von 3 Monaten nach Klinikentlassung.

Die bisherigen Ergebnisse belegen, dass Progredienzanxiety für Rheuma- und Krebspatienten in der Rehabilitation eine relevante Belastung darstellt, durch den PA-F gemessen werden kann und durch kurzzeittherapeutische Gruppentherapien wirksam beeinflusst werden kann.

Ausblick

- Die Ergebnisse zu T 4 (Ein-Jahres-Katamnese) werden Ende 2004 vorliegen.
- Die Veröffentlichung eines PA-Therapiemanuals ist in Vorbereitung.
- Die Übertragung auf weitere chronische Erkrankungen, evtl. im Rahmen von DMP-Programmen ist in Planung.
- Es existieren Überlegungen, wie sich die Ergebnisse durch die Implementierung eines Regelangebotes zur Therapie von Progredienzanxiety (PA) künftig konkret in der Rehabilitationspraxis umsetzen lassen, um das Spektrum der Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation zu erweitern und zu verbessern.

Literatur

- Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Keller, M., Waadt, S., Henrich, G., Herschbach, P. (2003): Progredienzanxiety bei Patienten mit Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus und entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 42, 155-163.
- Engst-Hastreiter, U., Duran, G., Henrich, G., Keller, M., Waadt, S., Berg, P., Herschbach, P. (2004): Förderung von Selbstkompetenz in der Bewältigung von Progredienzanxiety (PA): Konzeption eines Gruppentherapieprogramms. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR (Hrsg): *DRV-Schriften*, Band 52, 242-244.
- Engst-Hastreiter, U., Duran, G., Henrich, G., Keller, M., Waadt, S., Berg, P., Herschbach, P. (2004): Progredienzanxiety (PA) bei chronischen Erkrankungen (rheumatischen Erkrankungen, Krebserkrankungen und Diabetes mellitus): Entwicklung eines psychologischen Fragebogens und eines Gruppenpsychotherapie-Programms. *Aktuelle Rheumatologie*, 39, 83-91.
- Engst-Hastreiter, U., Duran, G., Henrich, G., Keller, M., Waadt, S., Berg, P., Herschbach, P. (2004): Treatment of fear of Progression (FOP) in rheumatic diseases. *Annals of the Rheumatic Diseases*, BMJ Publishing Group and European League Against Rheumatism, Vol. 63, No. 1, 432-433.
- Herschbach, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Keller, M., Waadt, S., Henrich, G. (2004): Fear of Progression in Chronic Diseases (Diabetes Mellitus, Cancer and Chronic Arthritis)-Psychometric Properties. *Journal of Psychosomatic Research*, submitted.

„Patientenexpertise“ und „Behandlungstransfer“: Wirksamkeitsindikatoren stationärer Verhaltenstherapie bei depressiven Erkrankungen in der Psychosomatik

Stapel, M., Zielke, M.

Wissenschaftsrat der AHG AG Düsseldorf

Problemstellung

Unter den Gesichtspunkten der Überprüfung einer qualitativ hochwertigen Leistungserstellung einerseits und der Prognose des langfristigen Krankheitsverlaufs andererseits, werden Kenntnisse über den neuen Wissensstand sowie der Grundhaltung zur Verhaltensübernahme dieses Wissens in den Alltag der PatientInnen immer bedeutsamer. Nur durch die Kenntnis über die Auswirkung derartiger Wirksamkeitsindikatoren der stationären medizinischen Rehabilitation lässt sich ein effektives internes Qualitätsmanagement, welches einen kontinuierlichen und an aktuellen Ergebnissen ausgerichteten Verbesserungsprozess anstrebt, betreiben. Mit Hilfe derartiger Wirksamkeitsindikatoren werden Prognosen kurz- und langfristiger Behandlungsergebnisse möglich, welche Schlüsse auf das poststationäre Krankheitsverhalten der Patienten und Patientinnen zulassen. Gesundheitsökonomische Ergebnisaspekte werden damit für den einzelnen Patienten absehbar, was unter diesem Gesichtspunkt zu einer effizienteren Steuerung der Behandlungszeiten führen kann.

Methode

Patienten mit depressiven Erkrankungen als Hauptbehandlungsdiagnose stellen in der stationären verhaltensmedizinischen Rehabilitation mit Anteilen zwischen 30 % bis 60 % das häufigste Krankheitsbild dar. Depressive Reaktionen und depressive Verarbeitungsprozesse stehen auch bei anderen Hauptbehandlungsdiagnosen (z.B. somatoforme Störungen, Angststörungen) im Vordergrund (Zielke, 2001). Auf der Basis einer klinischen Stichprobe von N=209 Patienten und Patientinnen, die sich in eine stationäre verhaltensmedizinische Rehabilitation begeben hatten, wurde untersucht, inwieweit sich kurz- und langfristige klinische Behandlungsergebnisse durch die von Patienten beurteilten Maßnahmen der Therapiekonzeption prognostizieren lassen. Um der Hauptsymptomatik depressiver Erkrankungen in der psychosomatischen Rehabilitation gerecht zu werden, wurde als Ergebnismaß ein Effektstärkenindex über kurz- und langfristige Veränderungen gebildet, welcher einerseits die mit depressiven Verarbeitungsmustern assoziierten psychischen und funktionalen Problembereiche ausreichend berücksichtigt und andererseits eine Mindestwirkung der Behandlung voraussetzt. Mit einem pfadanalytischen Prädiktorenmodell sollte überprüft werden inwieweit sich kurz- und langfristige Behandlungsergebnisse durch die Beurteilung der therapeutischen Bemühungen um Aufklärung und Aktivierung („Patientenexpertise“) der PatientInnen sowie durch die Beurteilung der Bemühungen um Sicherstellung der Übernahme des geänderten Krankheitsverhaltens in den persönlichen Alltag („Behandlungstransfer“) der PatientInnen vorhersagen lassen. In einem zweiten Analyseschritt wurde untersucht, inwieweit sich je nach Ausprägung der „Patientenexpertise“ und des „Behandlungstransfers“ in Abhängigkeit vom Schweregrad depressiver Verarbeitungsmuster Unterschiede in den kurz- und langfristigen Behandlungsergebnissen ergeben. In Prä-Post-Vergleichen (Zeitraum: zwei Jahre vor der Rehabilitation und zwei Jahre nach der Rehabilitation) wurde dann unter-

sucht, ob Unterschiede in den Gruppen in Bezug auf sozialmedizinisch relevante Variablen wie Arbeitsunfähigkeit und stationäre akutmedizinische Behandlungen bestehen.

Ergebnisse

Mit Hilfe einer konfirmatorischen Faktorenanalyse konnte gezeigt werden, dass u.a. die Skalen „Patientenexpertise“ und „Behandlungstransfer“ Indikatoren für die latente Variable „Therapiekonzept“ darstellen. Die Ergebnisse der Pfadanalyse zeigen, dass sich durch die „Patientenexpertise“ kurzfristige und durch den „Behandlungstransfer“ langfristige Behandlungsergebnisse vorhersagen lassen (Modellparameter: $\chi^2 = 0,315/df = 4$ mit $p = 0,989$, RMSEA = 0,000, RMR = 0,012, GFI = 0,999, NFI = 0,999, CFI = 1,000). Um zu differenzierteren Aussagen in Bezug auf die Depressivität und sozialmedizinische Variablen in Abhängigkeit von der „Patientenexpertise“ und dem „Behandlungstransfer“ zu gelangen, wurde die Stichprobe in Untergruppen des Schweregrades der Depressivität aufgeteilt. Die Ergebnisse zeigen eine sehr deutliche Abstufung assoziierter Symptome in Abhängigkeit vom Schweregrad der Depressivität über die Gruppen, was sich in den kurz- und langfristigen Behandlungsergebnissen wie auch in den Prä-Post-Veränderungen bzgl. Arbeitsunfähigkeitszeiten und stationären akutmedizinischen Behandlungen widerspiegelt. Werden Patientengruppen am theoretischen Mittelwert der Skalen zur Beurteilung der „Patientenexpertise“ und dem „Behandlungstransfer“ gebildet, zeigen sich für die „Patientenexpertise“ signifikante Unterschiede in den kurz- und langfristigen Behandlungsergebnissen zwischen den Gruppen. Für den „Behandlungstransfer“ stellt sich dieses Ergebnis nur für die langfristigen Behandlungsergebnisse ein. Wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen über die Gruppen untersucht, so zeigen sich in Prä-Post-Vergleichen keine signifikanten Unterschiede in der Gruppe mit geringerer Ausprägung der „Patientenexpertise“, hingegen sind signifikante Unterschiede in der Gruppe mit höherer Ausprägung zu beobachten. Für stationäre akutmedizinische Behandlungen resultieren gleiche Ergebnisse. Der Prä-Post-Vergleich innerhalb der Gruppen mit höherer bzw. geringerer Ausprägung des „Behandlungstransfers“ ergab ähnliche Ergebnisse in Bezug auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. In Bezug auf stationäre akutmedizinische Behandlungen sind die Ergebnisse undifferenzierter.

Bewertung

Die Ergebnisse zeigen, dass durch die Beurteilung der Maßnahmen des Therapiekonzepts durch die Patienten wertvolle Informationen zur Anpassung der Therapiekonzeption gewonnen werden können. Durch die Gruppenbildung in Bezug auf die Skalen zur Beurteilung des Therapiekonzepts wird es möglich, Patienten zu identifizieren, deren individuelle Problemlage eine spezifischere therapeutische Betreuung und Behandlung bedürfen, womit eine systematische Steuerung der stationären Behandlungszeiten ermöglicht wird. Somit rücken Investitions-Nutzen-Vergleiche wieder in einen anderen Blickwinkel.

Literatur

Zielke, M. (2001): Effekte stationärer Verhaltenstherapie bei depressiven Erkrankungen. In: Zielke, M., von Keyserlingk, H., Hackhausen, W. (Hrsg.). Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation. Lengerich, Pabst Science Publishers.

Zur Überlegenheit von Selbstregulation über Selbstkontrolle in der psychosomatischen Rehabilitation

Forstmeier, S. (1), Rüdgel, H.(2)

(1) Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift Bad Kreuznach, (2) Forschungszentrum für Psychobiologie und Psychosomatik der Universität Trier

Hintergrund und Fragestellung

Von Selbstkontrolle wird gesprochen (z.B. Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 2000), wenn eine Person in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt in Bezug auf ein bestimmtes Verhalten steht und

in der Konfliktsituation durch eigenständiges Einleiten einer alternativen, kontrollierenden Verhaltensweise die Auftretenswahrscheinlichkeit des konflikthaften Verhaltens ändert.

Die Effektivität der Techniken der Selbstkontrolle konnte durch verschiedene Studien belegt werden. In Kuhls Volitionstheorie (2001) wird nun der Selbstkontrolle als der selbst-disziplinierenden Volitionsform die Selbstregulation als die selbst-integrierende Volitionsform gegenübergestellt. Bei Selbstkontrolle wird ein Ziel verfolgt, obwohl es mit anderen psychischen Systemen in Konflikt steht, und psychische Prozesse, die dem Ziel zuwiderlaufen, werden unterdrückt. Bei Selbstregulation dagegen wird ein Ziel verfolgt, das in Einklang mit den meisten psychischen Systemen ist. Bei Konflikten wird entweder das Ziel oder die Inhalte der anderen Systeme modifiziert, z.B. über Aufmerksamkeitslenkung, Selbstmotivierung und Gefühlsmanagement. Diese Studie geht den Hypothesen nach, dass selbstregulierende Personen

1. ihre Gefühle besser wahrnehmen,
2. mehr positive und weniger negative Gefühle haben,
3. weniger Beschwerden haben, und
4. einen besseren Reha-Erfolg nach einer verhaltensmedizinischen Standardbehandlung haben als selbstkontrollierende.

Methode

Bei 242 Patienten der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift wurden zu Beginn der Reha der volitionale Stil (SSI), die Gefühlswahrnehmung (TAS-26), die Emotionalität (PANAS) und Beschwerden (SCL-9, ADS, GBB) erhoben. Letztere wurden auch nach der Reha erfasst. Alle Patienten werden in eine von vier Subgruppen des volitionalen Stils eingeteilt (nach Median-Dichotomisierung): selbstregulierend (gut in SR, schlecht in SK), selbstkontrollierend (schlecht in SR, gut in SK), vollständig lageorientiert (schlecht in SR und SK), vollständig handlungsorientiert (gut in SR und SK). Die vierstufige Variable „Volitionaler Stil“ wird als Faktor in einfaktoriellen Varianzanalysen verwendet. Zur Gegenüberstellung von SR und SK wird jeweils ein Mittelwertsvergleich zwischen den selbstregulierenden und selbstkontrollierenden Patienten durchgeführt (mit Alpha-Adjustierung nach Bonferroni).

Ergebnisse

Selbstregulierende Patienten haben weniger Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen (TAS-26) als selbstkontrollierende (Haupteffekt: $F(3, 233) = 6,22$; $p < 0,001$; SR vs. SK: Diff. = $-6,09$; $p < 0,05$). Sie weisen mehr positive Emotionen auf (Haupteffekt: $F(3, 231)$

= 13.48; $p < 0,001$; SR vs. SK: Diff. = 7.51; $p < 0,01$) und weniger negative (Haupteffekt: $F(3, 230) = 7.57$; $p < 0,001$; SR vs. SK: Diff. = -9,21; $p < 0,01$). Selbstregulierende Patienten sind auch signifikant weniger depressiv (ADS; Haupteffekt: $F(3, 997) = 50,07$; $p < 0,001$; SR vs. SK: Diff. = -6.14; $p < 0,001$), weniger symptombelastet (SCL9; Haupteffekt: $F(3, 604) = 14.46$; $p < 0,001$; SR vs. SK: Diff. = -7,30; $p < 0,05$) und haben weniger körperliche Beschwerden (GBB-Gesamt; Haupteffekt: $F(3, 996) = 9,66$; $p < 0,001$; SR vs. SK: Diff. = -4.24; $p < 0,05$). Selbstregulierende Patienten haben einen besseren Reha-Erfolg hinsichtlich Depressivität (Haupteffekt: $F(3, 808) = 13,10$; $p < 0,001$; SR vs. SK: Diff. = -0,27; $p < 0,05$), körperlichem Beschwerdedruck (GBB-Gesamt; Haupteffekt: $F(3, 812) = 7,68$; $p < 0,001$; SR vs. SK: Diff. = -0,25; $p = 0,06$), nicht aber globaler Symptombelastung (SCL9; Haupteffekt: $F(3, 517) = 4,26$; $p < 0,01$; SR vs. SK: Diff. = -0,21; n.s.).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen sehr deutlich die negativen Konsequenzen der Selbstkontrolle und die Überlegenheit der Selbstregulation. SK ist wohl nur dann hilfreich, wenn ein zeitlich drängendes Ziel erreicht werden muss, das nicht in der persönlichen Zielstruktur verwurzelt ist. SK ist aber nur so lange adaptiv, wie es als Verhaltensoption verfügbar ist und nur zeitlich vorübergehend eingesetzt wird. Bei chronischer SK treten die beschriebenen negativen Folgen auf. SR ist langfristig gesünder und daher prinzipiell der SK vorzuziehen. Da die meisten Patienten Defizite in SR und Stärken in SK haben, sollten in der psychosomatischen Rehabilitation Selbstregulations-Kompetenzen trainiert werden (Forstmeier, Rüdell, 2002).

Literatur

- Forstmeier, S., Rüdell, H. (2002): So werde ich willensstark! Manual der Gruppentherapie zur Förderung volitionaler Kompetenzen. Bad Kreuznach: Matthias Ess Verlag.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2000): Selbstmanagement-Therapie (3 ed.). Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (2001): Motivation und Persönlichkeit: Interaktion psychischer Systeme. Göttingen, Hogrefe.

Psychische und psychosomatische Reaktionen von Soldaten/innen der Bundeswehr auf lebensbedrohliche Erfahrungen bei Auslandseinsätzen. Evaluation eines psychosomatischen Rehabilitationsprogramms. Ergebnisse aus Interviews

Schürgers, G. (1), Schubmann, R. (1), Schieweck, R. (3), Siepmann, K. (2), Schmidt, K.H. (1), Neuderth, S. (3), Wothe, K. (2), Vogel, H. (3)

(1) Klinik Möhnesee, Psychosomatische und kardiologische Rehabilitation, (2) Abteilung Neurologie und Psychiatrie, Bundeswehrkrankenhaus Hamm, (3) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Fragestellung

Angehörige der Bundeswehr sind im Rahmen von Auslandseinsätzen erheblichen realen Bedrohungen ausgesetzt. Diese können sowohl unmittelbar physischer Natur sein (Kampfhandlungen, Anschläge u.ä.) als auch eher unterschwellig und „latent“, da in einer Einsatzsituation jederzeit mit erheblichen Gefahren zu rechnen ist (Bustransfer, Fahrt durch unbekanntes Gelände u.ä.). Die klinische Erfahrung mit Beschäftigten aus anderen Berufsgruppen mit erhöhtem Gefährdungspotential (z.B. Polizei, Feuerwehr) zeigt, dass einsatzbedingte Belastungsspitzen meist von relativ gefähderungsfreien Arbeitsabschnitten begleitet werden, die eine psychophysische Erholung ermöglichen. Bei Feuerwehrleuten fanden sich dennoch Punktprävalenzen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zwischen 5 und 21 %, bei Polizisten lag sie zwischen 5 und 7 % (Wagner et al., 1998; Teegen et al., 1997). Beim Auslandseinsatz sind diese „Erholungsphasen“ gerade in akuten Bedrohungssituationen nicht oder kaum gegeben und führen bei entsprechender Disposition zu Stresserkrankungen bis hin zur PTBS, die die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität auch nach dem Einsatz im Ausland erheblich beeinträchtigen. In der Klinik Möhnesee wird seit über 4 Jahren ein Behandlungsprogramm für Soldaten der Bundeswehr durchgeführt im Rahmen einer zivil-militärischen Zusammenarbeit zwischen dem Bundeswehrkrankenhaus Hamm und der Klinik Möhnesee (Schubmann et al., 2001).

Methodik

Die wissenschaftliche Evaluation der Therapiemaßnahme erfolgte zunächst mit einem Instrumentarium, das vom Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg zusammengestellt wurde:

- Soziodemografischer Datensatz (Reha-Anfang)
- PTSS-10 (Post Traumatic Symptom Scale) (Reha-Anfang; Reha-Ende; Katamnese)
- IES-R (Impact of Event Skala, revidierte Version) (Reha-Anfang; Reha-Ende; Katamnese)
- SCL-90-R (Symptom Checkliste 90, revidiert) (Reha-Anfang; Reha-Ende; Katamnese)
- BDI (Beck Depressions Inventar) (Reha-Anfang; Reha-Ende; Katamnese)

- STAI (State-Trait-Angstinventar) (Reha-Anfang; Reha-Ende; Katamnese)
- Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsaufenthalt (VDR) (Reha-Ende)

Die Indikation zur Rehabilitationsmaßnahme wurde durch die behandelnden Truppenärzte, teilweise in Abstimmung mit den Truppenpsychologen und den psychotherapeutischen Ambulanzen der Bundeswehrkrankenhäuser gestellt. Ab einem PTSS-10 Wert > 23 erfolgte die Zuordnung in ein traumaorientiertes Behandlungsprogramm (Gruppentherapie, Entspannungsverfahren, Einzelpsychotherapie, ggf. EMDR, körpertherapeutische Arbeit, Sportangebote).

Ergebnisse

Bei einer Ausgangsstichprobe von 227 Soldaten und Soldatinnen (Sept. 2004) fand sich im PTSS-10 bei rund 31 % ein Wert > 23 als Hinweis auf eine extreme psychische Belastung während des Einsatzes. Eine Senkung des Kriteriumswert erhöht den Anteil der höher belastenden Betroffenen auf über 50 %. Eine Berücksichtigung der Kriterien nach IES-R und PTSS-10 weist darauf hin, dass rund 25 % eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) haben bzw. eine deutlich erhöhte Stressreagibilität zeigen, die auf eine erhebliche Belastung verweist. Wegen der Gefahr einer zu unreflektierten Diagnostik einer PTBS erfolgten in Stichproben klinische Interviews nach SCID-PTSD (Wittchen et al., 1997) sowie tiefenpsychologische Diagnostik. Wegen der derzeit noch nicht ausreichend großen Stichprobe lassen sich hier bisher nur Trendaussagen ableiten. Die Ergebnisse deuten aber daraufhin, dass rund 10-20 % eine PTBS im engeren Sinne haben. In den tiefenpsychologischen Interviews wurde deutlich, dass während des Einsatzes ein zwar gut nachvollziehbares, aber oft sehr kräftezehrendes „Ausblenden der Gefahr“ erfolgt, um Bedrohungsängste ausreichend zu kontrollieren. Kommt es dann in der direkten oder weiteren Umgebung zu einem realen „destruktiven Ereignis“ (Anschlag, Explosion u.ä.) kann bei entsprechender Sensibilität die psychophysische Abwehr kurz- oder langfristig zusammenbrechen. Die Ergebnisse der Evaluation des Behandlungsprogramms zeigen, dass sich bezogen auf die Mittelwerte von PTSS-10 und SCL-90 sowie anderer relevanter Skalen statistisch signifikante Ergebnisse finden. Auch zum Katamnesezeitpunkt (6 Monate, N=30) bleiben die positiven Effekte weitgehend erhalten.

Diskussion

Soldaten der Bundeswehr sind bei ihren Einsätzen erheblichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Posttraumatische Belastungsstörungen finden sich verstärkt in dieser Berufsgruppe und benötigen adäquate kurative und rehabilitative Behandlung. Das seit mehreren Jahren im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation durchgeführte Behandlungsprogramm der Klinik Möhnesee führt zu einer bedeutsamen Verbesserung der Trauma- und Belastungsverarbeitung. Erste katamnestiche Daten weisen auch auf ein Überdauern der therapeutischen Effekte, hin.

Literatur

Schubmann, R., Schieweck, R., Siepman, K., Schmidt, K.H., Neuderth, S., Wothe, K., Vogel, H. (2001): Trauma-Bearbeitung für SoldatInnen nach militärischen Einsätzen. *Psychother Psychosom med Psychol* 51, 114-115.

- Schubmann, R., Schieweck, R., Siepman, K., Schmidt, K.H., Neuderth, S., Wothe, K., Vogel, H. (2001): Therapieprogramm zur konstruktiven Trauma-Bearbeitung für Soldaten nach militärischen Einsätzen. Wehrmedizinische Monatsschrift 45: 129-133.
- Teegen, F., Domnick, A., Herdeegen, M. (1997): Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr: Traumaexposition, Belastungsstörungen, Bewältigungsstrategien. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 29: 583-599.
- Wagner, D., Heinrichs, M., Ehlert, U. (1998): Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. Am J Psychiatry 155: 1727-1732.
- Wittchen, H.U., Zudek, M., Fydrich, T. (1997): SKID-DSM-IV. Strukturiertes klinisches Interview. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto.

Störungsspezifische Gruppentherapie für Gynäkologische Psychosomatik im stationären Bereich

Hagmann, G. (1), Schefers-Wenning, M. (1), Maatz, E. (1), Rundel, M. (2)
(1) Klinik Kinzigtal, Gengenbach, (2) eqs-Institut, Karlsruhe

Einführung/Hintergrund

Eine hohe Prävalenz durch Missbrauch und Gewalt traumatisierter Frauen oder eine steigende Tendenz der Sterilitätsrate junger Paare sind - insbesondere in Verbindung mit einer zunehmenden Enttabuisierung dieser Themen in der Öffentlichkeit - Beispiele für die wachsende Bedeutung gynäkologischer Psychosomatik (Stauber & Frick-Bruder, 2003). Seit 1998 wird in der Klinik Kinzigtal in Gengenbach für Patientinnen mit der Indikation für eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme eine spezielle indikative Gruppe angeboten. In dieser therapeutischen Gruppe besteht für Frauen die Möglichkeit, gynäkologische Symptomkomplexe, Syndrome und in diesem Kontext spezifische psychische Reaktionen zu äußern, verstehen zu lernen und sie zu bearbeiten. Hierzu wurde ein auf die individuellen Störungen und Bedürfnisse der Patientinnen abgestimmtes Therapiekonzept entwickelt.

Diagnostik/Indikation

In einem Vorgespräch und im Rahmen einer Schwerpunktanamnese wird festgestellt, ob eine Indikation zur gynäkologischen Gruppe besteht. Erkrankungen wie gynäkologische Malignome, chron. Unterbauchbeschwerden, Endometriose bzw. psychosoziale Belastungen wie Traumata und Missbrauch, ungewollte Kinderlosigkeit oder Konflikte nach Schwangerschaftsabbruch stellen Indikationen zur Teilnahme an der spezifischen Gruppe dar. Darüber hinaus werden vor einer endgültigen Zuteilung die Gruppen- und Introspektionsfähigkeit geprüft, sowie die Motivation abgeklärt.

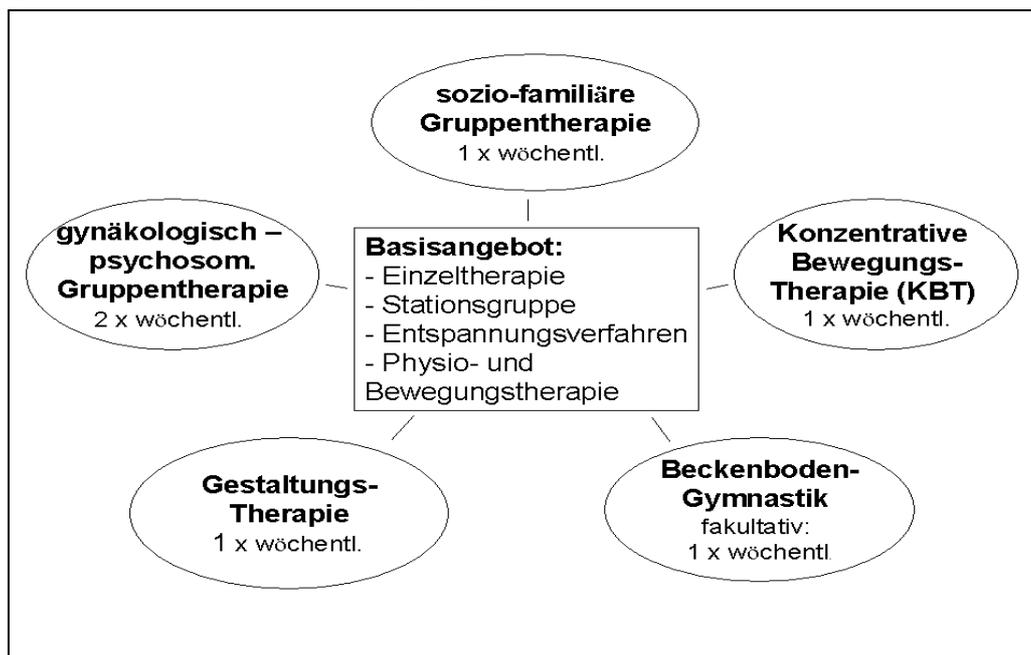
Ziel der Behandlung

Ziel der Therapie ist die Förderung und Festigung von Introspektionsfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit, Sensibilisierung hinsichtlich verdrängter Konflikte und die Bewältigung von traumatisierenden Erlebnissen.

Inhalt/Wirkfaktoren

Die Struktur des Behandlungsangebotes ist in obiger Abbildung dargestellt. In der sozio-familiären und der gynäkologisch-psychosomatischen Gruppe werden Themen behandelt wie Wahrnehmung von Gefühlen (Ängste, Depressionen etc.), Kommunikation oder Umgang mit körperlichen Veränderungen. In der Gestaltungstherapie besteht die Möglichkeit, auf einem anderen Weg Zugang zu inneren Bildern zu bekommen. In der KBT schließlich wird mit Körperwahrnehmung, Körpererleben und non-verbaler Symbolisierung gearbeitet. Wesentliche Gruppenwirkfaktoren sind (Yalom, 1989):

Abbildung 1: Struktur des Behandlungsangebotes.



- Wiederbelebung familiärer Beziehungsmuster und korrektive emotionale Erfahrungen durch zunehmende Gruppen-Kohäsion.
- Progressiv wirkende Kommunikation und Nachsozialisation.
- Identifizierungsprozesse und interpersonales Lernen.
- Bearbeitung angstbesetzter Themen.
- Behandlungs-Team.

Behandelt werden die Patientinnen von einem multiprofessionellen Therapeuten-Team, bestehend aus einer Gynäkologin, einer Dipl.-Pädagogin, einer KB-, einer Gestaltungstherapeutin und einer Krankengymnastin.

Evaluation

Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements der Klinik Kinzigtal wird routinemäßig eine Patientenbefragung durch das eqs-Institut in Karlsruhe durchgeführt. Hieraus wurden die Angaben von 242 Patientinnen ausgewertet, die im Zeitraum Januar 2001 bis September 2004 an der Gynäkologischen Gruppe in der Klinik teilnahmen. Tabelle 1: Alter und Aufenthaltsdauer der Patientinnen, Bewertung der Gynäkologischen Gruppe.

Im Mittel wurde die Gynäkologische Gruppe mit 1,7 (1=sehr gut, 5=sehr schlecht) bewertet (Tabelle 1). Hinsichtlich der Zufriedenheit der Patientinnen mit der Behandlungsqualität in der Klinik beurteilten neun von zehn Patientinnen die Behandlung mit gut bzw. ausgezeichnet. (ZUF-8, Item1, Schmidt & Nübling, 2002).

Tabelle 1:

	N	Mittelwert	SD	MIN	MAX
Durchschnittsalter (in Jahren)	239	41,6	10,2	16	68
Dauer der Reha-Maßnahme (in Wochen)	230	6,1	1,8	1	18
Bewertung der Gynäkologischen Gruppe (Noten 1 - 6)	206	1,7	0,9	1	5
ZUF8-Gesamtwert*	242	25,6	4,0	11,2	32

*Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme, möglicher Wertebereich 8 (niedrig) - 32 (hoch).

Literatur

Schmidt, J., Nübling, R. (2002): ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In Brähler, E., Schumacher, J., Strauß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, 392-396. Göttingen: Hogrefe.

Stauber, M., Frick-Bruder, V. (2003): Geburtshilfe und Gynäkologie. In Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W., Uexküll, T. von, Wesiack, W. (Hrsg.), Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns, 1077-1112. München: Urban & Fischer.

Yalom, I. (1989): Gruppenpsychotherapie. Berlin: Kindler.

Bulimia nervosa und Bewegungstherapie - Evaluation einer stationären Körpertherapie

Alexandridis, K. (1), Schüle, K. (2)

(1) Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, (2) Deutsche Sporthochschule, Köln

Ausgangssituation

Der Körper spielt in der Entstehung und im Verlauf der Bulimia nervosa eine bedeutende Rolle, somit werden körperorientierte Therapieangebote als sinnvoll erachtet. Es werden in der Literatur verschiedene Konzepte beschrieben, die sich sowohl auf psychodynamischer (Eggert, 1993) als auch auf verhaltenstherapeutischer Grundlage (Ehrhardt, 1988) bewegen. Bei den wenigen empirischen Veröffentlichungen handelt es sich um Längsschnittuntersuchungen. Kontrollierte Studien mit größeren Stichprobenzahlen fehlten bisher gänzlich.

Untersuchung und Methode

Die vorliegende Studie ist eine kontrollierte Untersuchung, welche die Effekte einer spezifischen bewegungstherapeutischen Behandlungsmethode, in einem 2 Gruppenvergleich (N=80) untersucht. 40 Patientinnen mit Bulimia nervosa wurden während der ersten 4 Wochen ihres Klinikaufenthalts mit einer psychotherapeutisch orientierten Bewegungstherapie in Form eines standardisierten Programms („Körperzentrierte Therapie bei Bulimia nervosa“

= KZT-BN) behandelt. Die Patientinnen der Kontrollgruppe (n=40) waren über diesen Behandlungszeitraum von jeglichen psychotherapeutisch orientierten Bewegungsangeboten ausgeschlossen und vermehrt in Freizeitaktivitäten eingebunden. Die Patientinnen wurden systematisch 4 Wochen vor Aufnahme, bei Aufnahme, 4 Wochen nach Aufnahme, 8 Wochen nach Aufnahme und 6 Monate nach Entlassung bzgl. der Psychopathologie (EDI), der Körpererfahrung (BAQ, FKKS)), der aeroben Ausdauer (fahrradergometrische Belastungsuntersuchung nach dem WHO-Schema), der Körperzusammensetzung (Bioimpedance), der Akzeptanz der Behandlungsform (DFBT) und des Bewegungsverhaltens (OEQ) untersucht.

Ergebnisse

Wesentliche Ergebnisse sind:

- Die Körperzentrierte Therapie für Frauen mit Bulimia nervosa ist eine bewegungstherapeutische Therapieform, die von den Patientinnen sehr positiv und positiver als andere Formen der Bewegungstherapie bewertet wird.
- Als eine Komponente eines hoch effektiven multidisziplinären Behandlungsprogramms in der stationären Behandlung von Bulimia nervosa können supplementäre Effekte durch die Körperzentrierte Therapie für Frauen mit Bulimia nervosa belegt werden.
- Die Effekte im Bereich der Körpererfahrung zeigen sich in den für den Therapieverlauf entscheidenden Bereichen der übertriebenen Beunruhigung hinsichtlich Körperform und Körpergewicht und nicht bezüglich der allgemeinen Körperunzufriedenheit. Die therapeutische Relevanz ist also hoch.
- Parallel dazu zeigt sich auch ein anderen Therapieformen überlegener Einfluss in der Besserung der essstörungsspezifischen Pathologie einschließlich des Bewegungsdrangs.
- Die Körperzentrierte Therapie für Frauen mit Bulimia nervosa hat keinen additiven Einfluss auf die Fitness. Dies ist bestimmt durch die Erfassung der aeroben Ausdauerleistung.
- Die Gewichtsentwicklung und die Körperzusammensetzung werden durch die Körperzentrierte Therapie für Frauen mit Bulimia nervosa nicht beeinflusst.
- Die deutlichsten Effekte der körperzentrierten Therapie für Frauen mit Bulimia nervosa zeigen sich hinsichtlich einer verbesserten Psychopathologie und nicht in sportspezifischen Parametern.
- Die Gruppenunterschiede verlieren sich in der zweiten Hälfte der stationären Behandlung und über den Zeitraum der Katamnese.
- Die Analyse der Daten zum Bewegungsverhalten legt einen differenzierten Umgang mit dem Sport- und Bewegungsverhalten in der Therapie bei Bulimia nervosa nahe.
- Bewegungsmangel scheint ein Problem zu sein, dem in Zusammenhang mit Depression und sozialem Rückzug vermehrt im Rahmen der Therapie entgegengewirkt werden sollte.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse dieser Studie belegen eine deutliche Wirksamkeit der Therapie in der Klinik Roseneck für diese Zielgruppe. Die spezifischen Effekte der Körperzentrierten Therapie für Frauen mit Bulimia nervosa lassen sich nur im Zusammenhang mit dem streng kontrollierten

Design über die ersten 5 Wochen der Behandlung belegen. Die therapeutische Relevanz der Körperzentrierten Therapie für Frauen mit Bulimia nervosa, vor allem ihre Langzeiteffekte, können mit der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht geklärt werden. Hierzu bedarf es eines Designs, welches die Körperzentrierte Therapie für Frauen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu einer anderen Therapieform und einem Placebo über einen längeren Zeitraum untersucht.

Literatur

- Eggert, B. (1993): Anorexia nervosa - Ein bewegungstherapeutisches Konzept auf psychodynamischer Grundlage (1). *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 2, 4-7.
- Eggert, B. (1993): Anorexia nervosa - Ein bewegungstherapeutisches Konzept auf psychodynamischer Grundlage (2). *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 3, 18-23.
- Ehrhardt, M. (1988): Möglichkeiten der Sporttherapie bei der Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen. *Sporttherapie in Theorie und Praxis*, 4, 3-7.

Die Prädiktion der misslingenden Anpassung an den Tinnitus - Ergebnisse der Hannover Tinnitus-Verlaufsstudie²⁵

Jäger, B. (1), Malewski, P. (1), Bock, K. (2), Lamprecht, F. (1)

- (1) Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover,
(2) HNO-Gemeinschaftspraxis, Peine

Hintergrund

Die dekompenzierte Tinnituserkrankung (DT) stellt eine bedeutsame Größe auf rehabilitationswissenschaftlichem Gebiet dar. Als ‚dekompenziert‘ werden diejenigen Tinnituspatienten bezeichnet, die überdurchschnittlich unter dem Tinnitus leiden. Es fehlen jedoch konkrete Zahlen zu der wirklichen Rate der dekompenzierten Patienten, die zur Bestimmung der Dekompensation vom Auftreten der Erkrankung ausgehen. Diese fehlenden Informationen führen sowohl zu Fehleinschätzungen des Reha-Bedarfs als auch zur potentiell fehlerhaften Zuweisung in die Rehabilitation. Pathogenetisch leitend für die Studie war ein adaptiertes Diathese-Stress-Modell, wobei die Kompensation als durch konkurrierende Belastungen und Ressourcen moderiert betrachtet wird. Ziel der Studie war es, dieses Modell zu überprüfen, die Verlaufsmuster der Kompensation/Dekompensation zu beschreiben und Prädiktionsmodelle zu finden.

Methode

Im Rahmen der Hannover-Tinnitus-Verlaufsstudie wurden 211 Patienten mit einem akuten Tinnitus viermal innerhalb von zwei Jahren nach dem Tinnitus und nach begleitenden Symptomen befragt. Vor dem Hintergrund des Diathese-Stress-Modells wurden tinnitusspezifische Belastungen (TF, TBF), Depressivität (DS) und andere psychische Belastungen (BSI), Coping (Cope), chronischer Stress (TICS) und persönlichkeitspezifische Bereiche (FPI-Leistungsorientierung, EDI-Ineffektivness) erhoben. Um die Dekompensation zu operationa-

²⁵ Gefördert durch den VDR im Rahmen des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Niedersachsen/Bremen RFNB

lisieren wurde theoriegeleitet ein Dekompensations-Score konstruiert und psychometrisch erprobt.

Ergebnisse

Der Dekompensationsscore war hinreichend reliable (Chronbachs-Alpha = 0,71). Nach dieser Konzeptualisierung der Dekompensation fanden wir zum Krankheitsbeginn 34 %, nach drei Monaten 18 % und nach einem Jahr 17 % dekompenzierte Patienten. In einem integrierenden Prädiktionsmodell zeigte sich, dass die Schwere der Symptomatik und die konkurrierenden Belastungen einen signifikanten Einfluss auf die spätere Dekompensation zum 1-Jahreszeitpunkt hatten ($R^2=0,14$, $p<=0,001$). In weiteren Analysen zeigte sich, dass insbesondere die Depressivität eine erhebliche Rolle spielt.

Diskussion

Im Gegensatz zu anderen Angaben fanden wir nur eine relativ geringe Rate dekompenzierter Patienten. Dies liegt vor allem an unserer Stichprobe: In den bisher publizierten Studien handelte es sich fast ausnahmslos um klinische Stichproben, bei der die Rate dekompenzierter Patienten a priori höher ist, oder es wurde allein aufgrund eines Fragebogen-Cut-Offs geurteilt. Weiterhin zeigen unsere bisherigen Analysen, dass die übergreifende Modellvorstellung des Diathese-Stress-Modells unsere Ergebnisse gut beschreibt. Hinsichtlich des Rehabedarfs ist in dem Gesamt-Kollektiv der Betroffenen von einer geringeren Reha-Bedürftigkeit auszugehen, als bisher angenommen.

Die Identifikation des dekompenzierten Tinnitus durch Receiver-Operating-Characterics. Methodische Kritik und das Validitätsproblem des Dekompenzierten Tinnitus.

Malewski, P. (1), Jäger, B. (1), Matschke, G. (2), Lamprecht, F. (1)

(1) Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie, MH-Hannover, (2) Abteilung HNO, MH-Hannover

Unter dem ‚dekompenzierten Tinnitus‘ (DT) versteht man im Gegensatz zu einem kompensierten Tinnitus chronifizierte Ohrgeräusche, an die der Betroffene nicht oder nur schwer habituieren kann. In der Leitlinie zur Behandlung des Tinnitus heißt es: „Das Ohrgeräusch hat massive Auswirkungen auf sämtliche Lebensbereiche und führt zur Entwicklung einer Sekundärsymptomatik“ (Lenarz, 1998). Der DT ist also vage durch die Krankheitsfolgen definiert, eine allgemeingültige Definition findet sich in der Literatur nicht. So ist es durchaus denkbar, dass durch den Einsatz verschiedener Instrumente eine Person unterschiedlich klassifiziert wird. Hauptziel ist eine methodenkritische Sichtung des Begriffs des DT.

Methode

Aus Ermangelung einer verbindlichen Definition werden in der vorliegenden Studie etablierte Instrumente zur Erfassung der Tinnitusfolgen (Mini-TF, TBF), Instrumente zur Erfassung der allgemeinen Psychopathologie (BSI) und konkurrierender Belastungen (TICS) mit einem Expertenurteil verglichen. Dazu wurden im Rahmen der Hannover-Tinnitus-Verlaufsstudie

insgesamt 56 teilstrukturierte Interviews (randomisierte Auswahl) ein Jahr nach dem Beginn des Tinnitus geführt und die Dekompensation eingeschätzt. Mit Hilfe der Receiver-Operating-Characteristics (ROC) wurde die Fähigkeit etablierter Instrumente zur Identifikation ‚wirklicher‘ dekompenzierter und kompensierter Patienten bestimmt. Diese Methodik entstammt der signal-detection-theory und wurde ursprünglich entwickelt, um Rundfunkempfänger danach zu beurteilen, wie gut sie ein bestimmtes Signal finden (Hsiao et al., 1989). Weiterhin wurden die Items der eingesetzten Fragebögen hinsichtlich ihrer Fähigkeit zur Identifikation beurteilt und als Referenz eine hypothetische Skala zur Identifikation des DT entwickelt.

Ergebnisse

Abbildung 1 zeigt die unterschiedlichen ROC-Kurven der eingesetzten Instrumente. Abgetragen ist auf der Abszisse die Sensitivität der Instrumente (Wahrscheinlichkeit einen DT zu finden) und auf der Ordinate die Spezifität (Wahrscheinlichkeit einen kompensierten Tinnitus zu finden). Neben den erwähnten Instrumenten wurden hier zusätzlich ein konstruierter Dekompensation-Score („Dekomp“) und eine neu entwickelte Skala zur Dekompensation („Neue Skala“) eingesetzt. Ein Instrument ist dann besonders geeignet, wenn die Fläche unter der Kurve maximal (1) wird. Die entsprechende Kennzahl ist mit dem Buchstaben „C“ wiedergegeben, „Cut“ bezeichnet den optimalen Klassifikationspunkt und „Klass“ den Anteil korrekt klassifizierter Fälle. Wie ersichtlich, unterscheiden sich die eingesetzten Instrumente nur geringfügig. Das Ausmaß korrekt identifizierter Personen schwankt zwischen 72 % und 89 %. Wie zu erwarten ist der konstruierte Score hier besonders erfolgreich. In diesen Score sind die besten 10 Items der anderen Skalen eingegangen: Unter diesen war jedoch nur ein Item aus tinnituspezifischen Messinstrumenten. Weiterhin fällt auf, dass der optimale Klassifikationspunkt der tinnituspezifischen Skalen bei den Prozenträngen von 65 und 24 liegen, was auf die klinischen Stichproben, die zu der Normierung benutzt wurden, rückführbar ist.

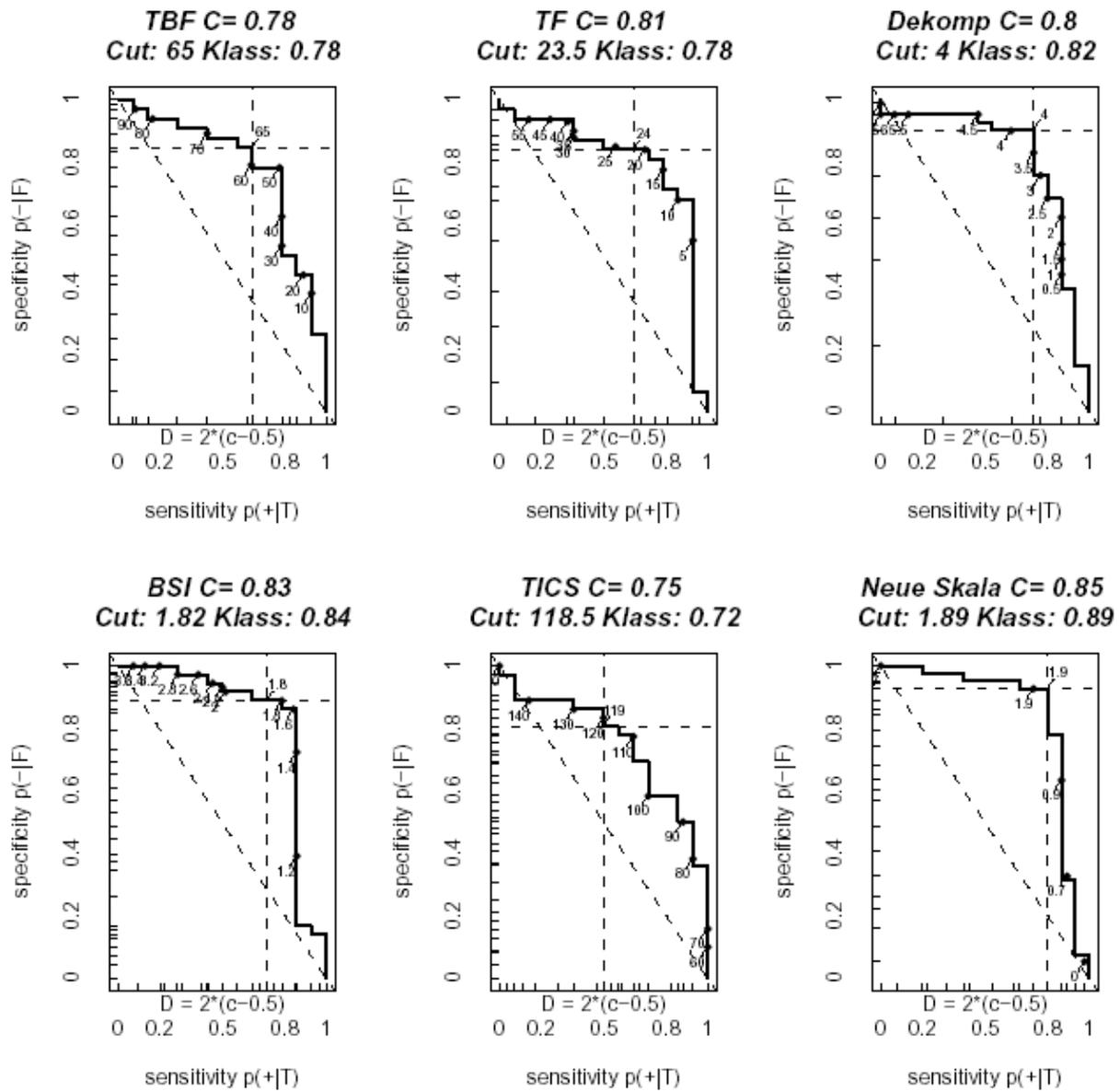
Schlussfolgerungen

Die Studie zeigt insgesamt das Validitätsproblem des DT auf: Tinnituspezifische Skalen sind kaum besser als konkurrierende Instrumente für die Identifikationsaufgabe geeignet. Ein weiterer Hinweis auf diesen Sachverhalt ist die Tatsache, dass in den konstruierten Score kaum tinnituspezifische Items eingegangen sind. Hinsichtlich der eingesetzten Methodik muss jedoch einschränkend angemerkt werden, dass der Klassifikationsfehler des Expertenurteils nicht berücksichtigt wurde. Diese Annahme hat jedoch ausschließlich Auswirkungen auf die Klassifikationsrate, die relativ ähnliche Fähigkeit zur Identifikation betrifft diese jedoch nicht. Als Konsequenz ist zu ziehen, dass eine zuverlässige Bestimmung der DT nicht alleine durch tinnituspezifische Instrumente erfolgen kann. Da weiterhin die Normierung der tinnituspezifischen Skalen durch klinische Stichproben erfolgte, sind die publizierten Prozentränge nicht verwertbar.

Literatur

- Lenarz, T. (1998): Leitlinien der Dt. Ges. f. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie: Tinnitus, http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/hno_II63.htm.
- Hsiao, J.K., Bartko, J.J., Potter, W.Z. (1989): Diagnosing diagnosis: receiver operating characteristic methods and psychiatry. Archives of general psychiatry, 46, 664-667.

Abbildung 1: Vergleich verschiedener Messinstrumente zur Bestimmung der Dekompensation



Häufigkeit und Veränderungen der Arzneimitteleinnahme bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

Zielke, M. (1), Carls, W. (2)

(1) Wissenschaftsrat der AHG AG, Mönkeberg, (2) Klinik Berus – Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin, Überherrn-Berus

Problemstellung

Es gibt kaum zuverlässige Studien, die sich mit der Pharmakoepidemiologie bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation befassen. Neben einer eher kritischen Haltung von Psychotherapeuten hinsichtlich des Umgangs mit Medikamenten – besonders wenn sie mit einer missbräuchlichen Handhabung von Medikamenten konfrontiert sind – ist ein Grund für die eher zurückhaltende Datenlage ganz sicher darin zu sehen, dass eine zuverlässige Erhebungsmethodik mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist, falls man sich nicht nur auf Meinungsumfragen beschränken will. Noch weniger ist darüber bekannt, in welchen Indikationsgruppen sich der Medikamentenkonsum nach psychotherapeutischen und rehabilitativen Behandlungen langfristig verändert.

Methode

In einer Multicenterstudie unter Beteiligung der psychosomatischen Fachkliniken Bad Dürkheim, Bad Pyrmont und der Klinik Berus und der DAK in Hamburg wurde die Einnahme von Medikamenten vor Beginn und zwei Jahre nach stationären Rehabilitationsmaßnahmen bei 338 PatientInnen untersucht. Die gewählte Erhebungsmethodik war mit einem erheblichen Aufwand verbunden und erfordert seitens des Untersuchers und des Patienten ein Höchstmaß an Akribie und Geduld. In einer Liste in Papierform wurden zunächst für 13 Indikationsgruppen die 50 am häufigsten verordneten Medikamente dieser Gruppen aufgelistet („Hitliste“) und daneben zusätzlich eine alphabetische Liste mit jeweils 150 bis 200 Medikamenten aus dieser Gruppe entsprechend der Verordnungshäufigkeit den Patienten vorgelegt. Weiterhin stand eine alphabetisch geordnete Liste der 2000 meist verordneten Medikamente ausgedruckt zur Verfügung. Die Auswahl erfolgte anhand der im 3. Quartal 1998 am häufigsten verordneten Medikamente. Wenn ein Medikament in dieser Liste nicht zu finden war und der Medikamentenname bekannt war, konnte die Zuordnung in einer elektronisch gespeicherten Gesamtdatenbank der in Deutschland bekannten 70.000 Medikamente nachgeschlagen werden. Der zu erfragende Zeitraum für den Medikamentenkonsum umfasste die letzten 4 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik bzw. vor der Katamneseuntersuchung. Erfragt wurde unter Verwendung der jeweiligen Medikamentenlisten der einzelnen Indikationsgruppen der Name des Medikaments, die Darreichungsform, die Packungsgröße, die Dosierung pro Tag und die Einnahmedauer in Tagen. Daraus wurde die entsprechende Einnahmemenge errechnet.

Ergebnisse

Prästationäres Einnahmeverhalten

82,9 % der Männer und 87,5 % der Frauen hatten angegeben, im Erhebungszeitraum Medikamente eingenommen zu haben. Der Anteil der Konsumenten war nach dieser Befragung deutlich höher als in einer früheren Studie von Zielke (1993). In dem damaligen Zeitraum lag der Anteil der Konsumenten bei den Männern mit 75,6 % um 7,3 % und bei den Frauen mit einem Konsumentenanteil von 80,0 % mit 7,5 % niedriger als in der jetzigen Erhebung. Lediglich 13,6 % der in unserer Untersuchung befragten 338 Patienten gaben an, keine Medikamente eingenommen zu haben.

Der Anteil der Konsumenten von Medikamenten betrug in der Gruppe der bis 29-Jährigen 79,0 %. Ab dem 30. Lebensjahr stieg der Konsumentenanteil auf 88,6 % und blieb bei den höheren Altersjahren mit 86,7 % bei den 40 bis 49-Jährigen und 89,8 % bei den über 40-Jährigen auf einem hohen Niveau konstant.

Im Vergleich zu der Erhebung von Zielke (1993) und einer Datenbasis von vor 10 Jahren war der Anteil von Konsumenten besonders in der jüngsten Altersgruppe der bis zu 29-Jährigen um 15,4 % höher. Der Konsumentenanteil in den beiden folgenden Altersgruppen lag in der aktuellen Studie nur um 5,3 % höher bei den 30 bis 39-Jährigen und um 2,6 % bei den 40 bis 49-Jährigen. In der Altersgruppe der über 49-Jährigen war allerdings mit 89,8 % Konsumenten in der aktuellen Studie ein um 15,9% höherer Anteil zu verzeichnen. Auffallend in dieser Altersverteilung war der hohe Anteil mit 79,0 % Konsumenten bereits in der jüngsten Altersgruppe.

Hinsichtlich der Arzneimittelklassen rangierten an erster Stelle der medikamentösen Verordnungen Antidepressiva bei 38,7 % der Patienten. Die zweithäufigste Konsumgruppe waren mit 27,4 % schmerzwirksame Medikamente. Gefäßwirksame Medikamente waren mit 13,4 % und herzwirksame Medikamente mit 9,6 % ebenfalls noch relativ häufig eingenommene Medikamentengruppen. Neuroleptika erhalten 10,9 % der Konsumenten und Tranquillizer 7,5 % der Konsumenten. Atemwirksame Medikamente rangierten mit 9,9 % auf einem Mittelplatz. Fasst man die Gruppen zusammen, dann hatten 57,1 % der Patienten in den letzten 4 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik psychotrop wirksame Medikamente eingenommen. Diese Wirkstoffgruppe wird ergänzt durch einen relativ hohen Konsumanteil von 27,4 % bei Schmerzmitteln. Bei 292 Konsumenten wurden insgesamt 356 Konsumfälle registriert. Das bedeutet, dass ein nicht unerheblicher Anteil von Patienten Medikamente aus unterschiedlichen Medikamentengruppen einnahm.

Veränderungen

Betrachtet man die Veränderungen in der Systematik der Indikationsgruppen, zeichnet sich folgendes Bild ab: Die größten absoluten Veränderungen fanden bei den Verordnungen von Psychopharmaka statt. Der Verordnungsumfang reduzierte sich von 134 Verordnungen in der Voruntersuchung auf 82 Verordnungen in der Katamnese. An zweiter Stelle bei den Absolutmengen verringerten sich die Verordnungen von Analgetika und Antirheumatika von 106 auf 84 Verordnungen zwei Jahre nach der Therapie. Beide Veränderungsbereiche können in einen inhaltlichen Zusammenhang mit der verhaltensmedizinisch erreichten gesundheitlichen Stabilisierung der Patienten gebracht werden und weisen darauf hin, dass ein relativ großer Anteil der Patienten tatsächlich das veränderte Medikamentenverhalten auch

noch zwei Jahre nach Abschluss der stationären Behandlung beibehalten hatte. Ähnliches gilt auch für den Indikationsbereich der Magen-Darm-Mittel, der Hypnotika und Sedativa, der Migränemittel und eventuell auch für die Dermatika.

Diskussion und Bewertung

Dass die Veränderungen bei den medikamentösen Verordnungen kein Indiz für einen leichtfertigen Umgang mit Medikamenten allgemein sind, kann aus den Indikationsgruppen abgelesen werden, bei denen es sich um Behandlungen von organischen Krankheitsbildern handelt. Dazu zählen in der Reihenfolge der Verordnungshäufigkeiten: Schilddrüsentherapeutika, Sexualhormone, Betarezeptorenblocker, Calciumantagonisten und ACE-Hemmer sowie Antihypertonika, Gynäkologika, Antihypotonika und Antidiabetika. Die Verordnungen sind bis auf geringfügige Schwankungen weitgehend konstant. Die Indikationsgruppen zur Behandlung von chronischen körperlichen Erkrankungen erscheinen bei den Verordnungen in der Nachuntersuchung nur geringfügig vermindert und beziehen sich offensichtlich auf Gesundheitsprobleme, für die diese Indikationsgruppen auch tatsächlich indiziert sind. Das Gesundheitsverhalten der Patienten im Umgang mit Medikamenten aus unterschiedlichen Indikationsgruppen hat sich offensichtlich insbesondere in den Bereichen verändert, in denen nach erfolgreicher stationärer verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation eine gesundheitliche Stabilisierung eingetreten ist; die Weiterführung der medikamentösen Behandlung von chronischen organischen Erkrankungen wie z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen im Verlauf der zweijährigen Nachuntersuchung spricht für das differenzierte Verantwortungsbewusstsein der Patienten im Umgang mit Medikamenten.

Literatur

- Bandelow, B., Bleich, S., Kropp, S., 2000: Handbuch Psychopharmaka. Hogrefe, Göttingen.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., 2000: Klinische Psychiatrie. Hogrefe, Göttingen.
- Zielke, M., Borgart, E.J., Carls, W., Herder, F., Lehenhagen, J., Leidig, S., Limbacher, K., Meermann, R., Reschenberg, I., Schwickerath, J., 2004: Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Ergebnisse verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation im Langzeitverlauf. Lengerich, Pabst Science Publishers.
- Zielke, M., 1993: Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Evidenz stationärer psychosomatischer Rehabilitation - Ergebnisse der MESTA-Studie²⁶

Löschmann, C. (1), Steffanowski, A. (1), Schmidt, J. (2), Wittmann, W.W. (3), Nübling, R. (1)
(1) eqs-Institut, Karlsruhe, (2) Lauf, (3) Universität Mannheim

Hintergrund

Für die Zunahme psychischer Erkrankungen gibt es eine Reihe epidemiologischer Belege (Wittchen und Jacobi, 2002). Die berichteten Prävalenz- und Inzidenzraten tragen in signifikanter Weise zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bei und sind damit auch von volkswirtschaftlicher Bedeutung (BKK Bundesverband, 2003). Angesichts dieser bekannten Entwicklungen ist eine qualitativ hochwertige Versorgung erforderlich, die sich zudem durch ein möglichst optimales Kosten-Nutzenverhältnis auszeichnet. Obwohl in den letzten beiden Jahrzehnten eine Vielzahl von Studien zu Effekten stationärer psychosomatischer Rehabilitation vorgelegt wurden, ist bislang keine systematische metaanalytische Integration der Einzelbefunde verfügbar. Im Rahmen der MESTA-Studie (1.7.02 - 31.12.04) wurden deshalb die für die psychosomatische Rehabilitation vorliegenden Outcome-Studien aus dem deutschen Sprachraum in einer Metaanalyse zusammengefasst. Die Analysen bezogen sich zum einen auf die der Projektgruppe vorliegenden Primärdaten von zehn Programmevaluationsstudien mit insgesamt 3680 Patienten (Schmidt et al., 2000; Wittmann et al., 2002), zum anderen wurden die Daten aus publizierten Arbeiten (Monographien, Zeitschriftenartikel, Buchbeiträge) oder unveröffentlichten Arbeiten (z. B. Projektberichte, Forschungsberichte, Diplomarbeiten) entnommen. Die Analysen der Primärdatensätze wurden anlässlich des 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums vorgestellt (Huber et al., 2004). Die Ergebnisse aus der metaanalytischen Zusammenfassung von publizierten und nicht publizierten Befunden sind Gegenstand des vorliegenden Beitrags.

Methodik

Die eingeschlossenen Studien wurden anhand eines im Rahmen der Studie entwickelten ausführlichen Kodiersystems kodiert, welches neben den berichteten Ergebnissen auch Studienmerkmale zur methodischen Qualität erfasst. Die zu Grunde gelegte Methodik orientiert sich an den aktuellen internationalen Standards (Cooper, 1998; Lipsey und Wilson, 2000).

Die primären Endpunkte der Studie bestehen in der Zusammenstellung der Forschungsaktivitäten in der psychosomatischen Rehabilitation sowie der Berechnung, Zusammenfassung und differentiellen Analyse der in den einzelnen Studien berichteten Effektgrößen. Die differentiellen Analysen beziehen sich auf klinische, gesundheitsökonomische und methodische Fragestellungen. Die Effektstärkenvariabilität wurde mit Studienmerkmalen aus diesen Bereichen in Beziehung gesetzt, um Fragen des Einflusses von Forschungsqualität, von Therapiemerkmalen, Stichproben, diagnostischen Verfahren und Diagnosegruppen zu klären.

²⁶ Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation, Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen, Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (BMBF/VDR)

Als sekundäre Endpunkte wurden der Vergleich zu den berichteten Effektstärken aus der Psychotherapieforschung und der Versorgungsforschung projiziert.

Als Einschlusskriterien wurden festgelegt: Datenerhebung im Setting einer stationären psychosomatischen Rehabilitation, Durchführung bzw. Publikation der Studie im Zeitraum 1980 – September 2004, das Vorliegen wenigstens einer Kontrollbedingung (Prätest oder eine unbehandelte Vergleichsgruppe).

Ergebnisse

Die einbezogenen Studien stammen aus der Versorgungspraxis der Medizinischen Rehabilitation und sind daher meist naturalistisch angelegt (prospektives Eingruppen-Prä-Post-Design), experimentelle oder quasi-experimentelle Studien sind hier die Ausnahme. Zunächst kamen mehrere hundert Einzelpublikationen in die nähere Auswahl, von denen ca. 1/3 die Einschlusskriterien erfüllten. Hinsichtlich der Studienmerkmale offenbarte sich ein breites Spektrum, was methodische Qualität, Stichprobengrößen, Patientenmerkmale und verwendete Ergebniskriterien betrifft. Im Durchschnitt gingen pro Studie mehr als 10 Einzeleffekte in die Berechnung der Gesamtstudieneffektgröße ein. Die gemittelte Gesamteffektgröße bei einem durchschnittlichen Katamnesezeitraum von 8 Monaten beträgt beim derzeitigen Stand der Analysen (die Codierung der Studien ist noch nicht abgeschlossen) $ES = 0,6$ (Range: 0,2 – 2,0); Berechnung: $ES = (M_{prä} - M_{post}) / SD_{prä}$. Je nach Homogenität der Indikationsgruppe und Spezifität des jeweils verwendeten Ergebniskriteriums zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede in der Höhe der Effektausprägung. Die Befunde zeigen, dass sich mit der stationären psychosomatischen Rehabilitation mittlere bis große Effekte erzielen lassen.

Diskussion, Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Mit der stationären psychosomatischen Rehabilitation wurde in den letzten Jahrzehnten ein spezialisiertes Versorgungsangebot geschaffen, das im Zusammenspiel mit stationären psychosomatischen und psychiatrisch-/psychotherapeutischen Einrichtungen der Akutversorgung die stationäre Behandlung psychisch Kranker sicherstellt. Die metaanalytische Verdichtung der Einzelbefunde aus der Rehabilitationsforschung zeigt, dass die stationäre psychosomatische Rehabilitation hierzu einen effektiven Beitrag leistet. Die MESTA-Studie liefert darüber hinaus einen Beitrag zur Identifikation von Evidenz und damit zur Weiterentwicklung von Behandlungsleitlinien für den Versorgungsbereich, was auch differentielle Aussagen für bestimmte Indikationsgruppen beinhaltet.

Aus den Ergebnissen der Metaanalyse sind weitere Anregungen für die künftige Forschung in der psychosomatischen Rehabilitation ableitbar. So sollte insbesondere der kriteriumsbezogenen Validität der zur Ergebnismessung jeweils verwendeten Messinstrumente künftig mehr Beachtung geschenkt werden. Auf der Grundlage der Ergebnisse der MESTA-Studie sowie unter Einbeziehung vorliegender methodischer Standards werden Vorschläge für eine Systematisierung und methodische Vereinheitlichung der Forschung und Dokumentationsstandards in der psychosomatischen Rehabilitation formuliert.

Literatur

BKK Bundesverband (2003): Gesundheit und Arbeit. BKK Gesundheitsreport 2003 (<http://www.bkk.de>).

- Cooper, H. (1998): *Synthesizing Research* (3rd ed. Vol. 2). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Huber, C., Steffanowski, A., Löschmann, C., Nübling, R., Schmidt, J., Mayer, M.M., Wittmann, W.W. (2004): *Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation*. DRV-Schriften, Band 52 (S. 535- 537). Frankfurt: VDR.
- Lipsey, M., Wilson, D. (2000): *Practical meta-analysis*. (Vol. 49). Thousand Oaks, CA: Sage Publishers.
- Schmidt, J., Nübling, R., Wittmann, W.W. (2000): *Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation auf der Basis von fünf Programmevaluationsstudien*. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 13, Heft 52, 32-47.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S., Wittmann, W.W. (2003): *Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien*. Regensburg: Roderer.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F. (2002): *Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland*. *Psychotherapeutenjournal*, 6-15.
- Wittmann, W.W., Nübling, R., Schmidt, J. (2002): *Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen*. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 39-60.

Experimentelle Überprüfung der Effektivität einer differentiellen Indikationsstellung zu psychodynamischer oder verhaltenstherapeutischer Psychotherapie: Eine randomisiert-kontrollierte Studie unter klinisch repräsentativen Bedingungen

Watzke, B. (1), Rüddel, H. (2), Jürgensen, R. (2), Grothgar, B. (2), Koch, U. (1), Schulz, H. (1)

(1) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift Bad Kreuznach

Hintergrund

Psychodynamische (PDT) und verhaltenstherapeutische (VT) Verfahren stellen bei der Behandlung von psychischen Störungen, auch im System der medizinischen Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen, die beiden zentralen Ansätze dar (Barghaan et al., 2004). Vor dem Hintergrund der deutlichen Unterschiedlichkeit von PDT und VT (z.B. Watzke et al., 2001) stellt sich die Frage, ob verschiedene Patientengruppen von den beiden Verfahren in unterschiedlichem Ausmaß profitieren können, d.h. die Frage nach der Effektivität einer interkonzeptuellen differentiellen Indikationsstellung (DI) (z.B. Beutler & Clarkin, 1990). Erstaunlicherweise liegt zu dieser Frage nahezu kein empirisches Wissen vor.

Methode

Es wurde die Effektivität einer DI in einem randomisiert-kontrollierten Design überprüft, indem der Behandlungserfolg von zwei Patientengruppen verglichen wurde: In der Experimentalgruppe wurden Patienten gemäß einer DI, die aus einem mehrstufigen diagnostischen Prozess bestand, systematisch entweder einer PDT oder einer VT zugewiesen. In der Kontrollgruppe erfolgte die Zuweisung zu einem der beiden Verfahren randomisiert. Die

Studie wurde in der Rehabilitationsfachklinik St. Franziska-Stift durchgeführt, in der seit Jahren routinemäßig eine DI in einem mehrstufigen Prozess (Interviews, standardisierte Tests, Diskussion im multiprofessionellen Team) vorgenommen wird. Von den 331 Patienten, die einer Teilnahme zustimmten (68 % Frauen; breites Spektrum an F-Diagnosen der ICD-10, insbesondere F3/F4; Komorbidität: 90 % mit mindestens zwei Diagnosen) wurden N=291 Patienten doppelblind (d.h. weder Patienten noch Therapeuten wussten um die Gruppenzugehörigkeit) entweder der Experimental- oder der Kontrollbedingung zugewiesen. (Bei 40 Patienten sahen die Zuweiser die Therapieempfehlung als bindend, so dass diese Patienten mit „zwingender Indikation“ aus der Studie ausgeschlossen wurden.). Zur Erfassung des Behandlungserfolgs wurden den Patienten zu drei Zeitpunkten (bei Behandlungsbeginn, bei Behandlungsende und zum 6-Monats-Follow-Up) standardisierte Fragebogen (u.a. SCL-14, SF-8, ADS-K, IIP-C) vorgegeben. Varianzanalysen mit Messwiederholung wurden über die Faktoren Zeit (Prä/Follow-Up) Zuweisungsart (randomisiert/indiziert) und Therapieverfahren (PDT/ VT) für die verschiedenen Outcomeparameter berechnet.

Ergebnisse

Die varianzanalytischen Auswertungen zeigen durchgängig signifikante Haupteffekte für Zeit (z.B. GSI der SCL: $F(1, 222) = 28.22$; $p < .001$; $\eta^2 = .113$; SF-8 psychischer Summenwert: $F(1,230) = 73.39$; $p < .001$; $\eta^2 = .243$), während keine signifikanten Effekte für die Interaktion Zeit x Zuweisungsart (GSI: $F(1, 222) = 0.31$; $p = .579$; $\eta^2 = .001$; SF-8 psych: $F(1, 230) = 0.17$; $p = .678$; $\eta^2 = .001$) resultieren. Allerdings erweist sich die Interaktion Zeit x Zuweisungsart x Therapieverfahren als tendenziell signifikant mit Effektstärken in kleiner Größenordnung (GSI: $F(1, 222) = 3.54$; $p = .061$; $\eta^2 = .016$; SF-8 psych: $F(1, 230) = 2.67$; $p = .103$; $\eta^2 = .012$).

Diskussion/Ausblick

Gemäß der Ergebnisse lässt sich somit nicht generell, d.h. nicht für beide Therapieverfahren, die Überlegenheit einer DI gegenüber einer randomisiert vorgenommenen Indikationsstellung nachweisen, sondern nur dann, wenn nach Therapieverfahren differenziert wird: So zeigt sich, dass für psychodynamische Ansätze eine indizierte Zuweisung zu besseren Therapieerfolgen als eine randomisierte Zuweisung führt, während sich dieser Effekt der DI für verhaltenstherapeutische Ansätze nicht nachweisen lässt. Dementsprechend erscheint eine DI wichtig und effektiv insbesondere für die psychodynamischen Behandlungsansätze zu sein, was mit seinen Implikationen für die Patientensteuerung in der Versorgungspraxis diskutiert werden soll. Die Bedeutung einer DI für die VT kann nicht gänzlich geklärt werden, da das resultierende Datenmuster vermuten lässt, dass in einem gewissen Maße nicht Indikationen explizit für eine Verhaltenstherapie, sondern PDT-Kontraindikationen (bedingt durch die festgelegten Behandlungskapazitäten von PDT und VT in der Klinik) vorgenommen wurden, was zu einer Unterschätzung der Effekte einer tatsächlichen VT-Indikationsstellung geführt haben könnte.

Literatur

Barghaan, D., Watzke, B., Koch, U., Schulz, H. (2004): "Psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründete Behandlungsverfahren in der Rehabilitation für Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen: Analysen zur differentiellen Versorgung und Indikationsstellung". DRV-Schriften Band 52: 545-547.

- Beutler, L., Clarkin, J. (1990): Systematic treatment selection. New York, Brunner.
- Watzke, B., Schulz, H., Koch, U., Rudolph, M., Rüdgel, H. (2001): Unterschiede und Gemeinsamkeiten therapeutischer Variablen bei psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Gruppentherapie aus der Sicht nicht-teilnehmender Beobachter. DRV-Schriften 26: 407-409.

Psychopharmakotherapie in der Rehabilitation von Chronischen Schmerzkrankungen

Olbrich, D.

Rehabilitationszentrum Bad Salzuflen der BfA, Klinik Lipperland, Bad Salzuflen

Ausgangssituation

Chronischer Schmerz ist eine häufige Gesundheitsstörung. Die Daten der gesetzlichen Rentenversicherung belegen den besonderen Stellenwert chronischer Schmerzsyndrome für die medizinische Rehabilitation und die Neuzugänge bei Erwerbsunfähigkeitsrenten. Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems und psycho-somatische Erkrankungen stellen neben Neubildungen die häufigste Indikationsgruppe für medizinische Reha-Leistungen dar. 53 % der orthopädischen Reha-Maßnahmen werden wegen chronischer Dorsalgien durchgeführt. Zur Bedeutung chronischer Schmerzkrankungen in der Psychosomatik liegen nur wenige differenzierte Daten vor. Die ICD-10 Diagnosen lassen in der Psychosomatik eine Aussage zu „chronischem Schmerz“ nicht zu. Noch mehr gilt dies für die Bedeutung pharmakotherapeutischer Behandlungen im Rehabilitationsprozess.

Fragestellung und Methoden

In einem Rehabilitationszentrum mit den Bereichen „Psychosomatik“ und „Orthopädie“ wurde die Bedeutung und der Stellenwert der Pharmakotherapie bei chronischen Schmerzkrankungen im Rehabilitationsverlauf analysiert. Unterschiedliche pharmakotherapeutische Behandlungsstrategien zu Rehabilitationsbeginn werden vorgestellt. Die Relevanz für den Rehabilitationsalltag soll diskutiert werden.

Ergebnisse

Medikamentöse Behandlungsansätze spielen bei chronisch Schmerzkranken unabhängig von der Rehabilitationsindikation eine bedeutende Rolle. Erste Befunde zeigen, dass sowohl in der orthopädischen als auch in der psychosomatischen Rehabilitation rund 80 % der Rehabilitanden zum Aufnahmezeitpunkt medikamentös eingestellt waren. Die medikamentöse Einstellung orientierte sich nicht ausschließlich an Empfehlungen zur medikamentösen Schmerztherapie, sondern war abhängig von der Einstellung der Behandler und insbesondere der Patienten - Compliance. Erstaunlich war, dass in der psychosomatischen Rehabilitation ebenso viele Schmerzpatienten bei Antritt der Reha-Maßnahme mit Opiaten eingestellt waren, wie dies in der Orthopädie der Fall war. In der Psychosomatik fanden sich chronische Schmerzpatienten, die unterschiedlichen diagnostischen Gruppen zuzuordnen waren. Überwiegend handelte es sich um somatoforme Schmerzstörungen (44 %) gefolgt

von depressiven Störungen (28 %). Für keine der beiden Indikationen gibt es Daten, die positive Effekte einer Opiatmedikation belegen würden.

Fazit

Die Bedeutung der Pharmakotherapie in der Rehabilitation chronisch Schmerzkranker wird bisher zu wenig beachtet. Am Beispiel der Opiat-Medikation bei Patienten mit somatoformen Störungen wird die Problematik besonders deutlich. Eine angemessene medikamentöse Behandlungsstrategie gehört in die Therapieplanung einer Langzeitrehabilitation und bedarf verstärkter Beachtung.

Literatur

- Baune, B.T., Aljeesh, Y., 2004: Sind Schmerzen ein klinisch relevantes Problem in der Allgemeinpsychiatrie? *Schmerz* (2004), 18, S. 28 – 37.
- Hildebrandt, J., Pfingsten, M., 2000: *Verhaltensmedizinische Praxis in der Rehabilitation*, Pabst-Verlag, Lengerich, S. 222.
- Kopf, A., Janson, W., Stein, C., 2003: Opioid therapy in chronic non-malignant pain. *Anaesthesist.*, 52, S. 103-114.
- Olbrich, D., 2003: Psychische und psychosoziale Faktoren bei chronischen Rückenschmerzen, *Versicherungsmedizin* 55, S. 70 – 75.
- Sorgatz, H., Hege-Scheuing, G., Kopf, A., Maier, C. et al., 2002: Consensus building on long-term opioid administration and non-tumor pain. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich.*, 96, S. 317 – 323.

Sozialmedizinische Realität nach einer stufenweisen Wiedereingliederung bei Patienten mit komplexen psychischen und psychosomatischen Störungen

Rüddel, H., Anton, E., Meures, A., Schützeichel, I., Jürgensen, R.
Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift Bad Kreuznach

Die stufenweise Wiedereingliederung (STWG) von Patienten mit langer Arbeitsunfähigkeit ist eine als wichtig angesehene Möglichkeit zur Reintegration in die Arbeitsrealität nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. In der psychosomatischen Rehabilitation kommt der STWG eine besondere Bedeutung zu, da bei diesen Patienten oft sehr lange Arbeitsunfähigkeiten vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme vorliegen und die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit ein wichtiger Aspekt in der besonders günstigen Kosten-Nutzen-Analyse der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme ist. Die empirischen Daten über die Art und Dauer sowie die Effektivität der stufenweisen Wiedereingliederung sind bisher extrem spärlich. Rüddel et al. berichteten 2003, dass Patienten zu 95 % angaben, eine stufenweise Wiedereingliederung für sinnvoll erachtet zu haben. Wir untersuchten jetzt in einer Katamnese (6 Monate nach Entlassung) bei 72 Patienten, die im Jahre 2003 mit einer stufenweisen Wiedereingliederung aus der psychosomatischen Reha-Maßnahme entlassen wurden, wie die tatsächliche Realisierung der STWG erfolgte und mit welcher sozialen Konsequenz die STWG abgeschlossen wurde. Von den 72 Patienten waren 7 nicht mehr erreichbar (Umzug mit unbekannter Anschrift, etc.). Von den verbliebenen 65 Patienten konnten 51 zu einer schriftlichen Rückäußerung bewogen werden. Diese 51 Patienten bilden das Kollektiv der Auswertung. Bei allen Patienten erfolgte die STWG unmittelbar nach Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation. Die

Mehrheit der Patienten hätte lieber einige Tage (3-4) Zeit zwischen Entlassung und Beginn der STWG. Bei 14 % der Patienten erfolgte die STWG über 4 Wochen, bei 31 % über 6 Wochen, bei 14 % über 8 Wochen. Bei 53 % verlief sie exakt so wie geplant, bei 12 % erfolgte eine Verlängerung um einige Wochen und bei 29 % wurde sie vorzeitig beendet, weil schneller als geplant Arbeitsfähigkeit eingetreten war. Bei den Übrigen kam es zu einer Verschlechterung der Symptomatik, so dass die Fortsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung nicht möglich war. Bei 64 % erfolgte nach Beendigung der STWG die Berufstätigkeit am alten Arbeitsplatz, bei 17 % wurde die Arbeitstätigkeit an einem neuen Arbeitsplatz durchgeführt. Bei einem Patienten wurde ein Rentenanspruch gestellt und bei fünf Patienten wurde die STWG wegen schlechtem Gesundheitszustand abgebrochen. Zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung waren immer noch 49 % am alten Arbeitsplatz tätig, 29 % Patienten waren an einem neuen Arbeitsplatz beschäftigt. Bei zwei Patienten wurde ein Rentenanspruch bewilligt und einer hatte mittlerweile einen Rentenanspruch gestellt. Arbeitslosigkeit lag bei 12 % vor und erneute Arbeitsunfähigkeit bei 10 %. Nach der Rehabilitation wurde eine deutliche Veränderung in der Bewertung der Arbeitszufriedenheit festgestellt. Sie wurde vor der Reha von 2,5 % der Pat. mit der Note 1 und von 17 % mit der Note 2 bewertet. Nach der med. Reha lagen die Bewertungen mit Note 1 bei 12 % und mit Note 2 bei 27 %. Diese positive Veränderung wurde laut Berichte der Pat. ganz wesentlich durch die STWG bewirkt. In der med. Reha verändertes Verhalten konnte langsam und stufenweise in den Arbeitsprozess mit einfließen. Verhaltensänderungen wurden von 56 % der Pat. bei sich selbst festgestellt, ebenso wurden Verhaltensänderungen von Seiten der Kollegen und seitens der Vorgesetzten beschrieben. Insgesamt deuten diese Daten daraufhin, dass in einem relativ hohen Prozentansatz die STWG den geplanten positiven Verlauf nimmt und somit diese konkrete Form des Wiedereinstiegs in die Arbeitsrealität bei Patienten mit chronifizierten psychischen und psychosomatischen Störungen ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Rehabilitation ist.

Literatur

Rüddel, H., Jürgensen, R., Schützeichel, I., Elskamp, K., Terporten, G., Mans, E., Rudolph, M. (2003): Effekte einer stufenweisen Wiedereingliederung auf den Verlauf einer psychosomatischen Rehabilitation. In: Schliehe, F., Schuntermann, M. F. (Hrsg.): Tagungsband 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. VDR, Frankfurt, 298-300.

Zusammenhang der Arbeitsunfähigkeit vor Therapiebeginn mit Störungsgrad und Therapieerfolg bei stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Schmitz-Buhl, St.M., Kriebel, R., Paar, G.H.

Gelderland-Klinik, Geldern

Hintergrund

In einer multizentrischen Studie konnten Geiser et al. (2003) empirisch nachweisen, dass bei stationären Angstpatienten Arbeitsunfähigkeit und Symptomschwere im Vorfeld einer stationären psychosomatischen Therapie zusammenhängen: eine bestehende Arbeitsunfähigkeit geht mit einer höheren Symptomschwere einher. Ziel der vorliegenden Studie ist zu überprüfen, ob der gefundene Zusammenhang generell auf Patienten mit psychosomatischen Störungen erweitert werden kann.

Fragestellung

In einer Replikation der Studie sollen folgende Fragestellungen behandelt werden:

- Hängt die Arbeitsunfähigkeit der Patienten in der Zeit vor Aufnahme in eine psychosomatische Klinik mit der Symptomschwere zusammen?
- Eignet sich die Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme als Prädiktor für den Therapieerfolg?
- Modifizieren sozialmedizinische Parameter den Zusammenhang zwischen Arbeitsunfähigkeit und Symptomschwere?

Methodik/Studiendesign

Der Studie liegt eine Zufallsstichprobe von n=407 Patienten zugrunde, die im Jahr 2002 in der Gelderland-Klinik behandelt wurden. Ausgeschlossen wurden - analog zu der Studie von Geiser et al. (2003) - Patienten, die sich in Ausbildung befanden, Hausfrauen, Rentner. Folgende erhobene diagnostische Verfahren fanden Verwendung: GBB-24 (Brähler und Scheer, 1983), VEV-K (Kriebel et al., 2001), SCL-K9 (Brähler und Klaghofer, 2001), STAI (Laux et al., 1981), HAQ (Bassler et al., 1995), FMPK (Schmitz-Buhl et al., 2001) und ausgewählte Merkmale der Basisdokumentation. Berechnet wurden Varianz- und Kovarianzanalysen, t-Tests und logistische Regression.

Ergebnisse

Patienten mit Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme zeigen im Vergleich zu arbeitsfähigen Patienten eine signifikant höhere körperliche und psychische Beschwerdekategorie zu Beginn der Behandlung (GBBt: 70,9 vs. 62,9; $t=3,35$ $df=362$, $p=0,001$; SCL-K9t: 88,2 vs. 80,2; $t=2,46$; $p=0,015$), und die Trait-Angst ist erhöht (STAI: 59,7 vs. 54,9; $t=3,58$; $df=71,2$; $p=0,001$). Es zeigen sich keine Unterschiede in der Motivation zur psychosomatischen Behandlung.

Betrachtet man die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (AU; 4-stufig) in den letzten 12 Monaten vor Beginn der psychosomatischen Behandlung, ergibt sich ein nichtlinearer Zusammen-

hang mit der körperlichen/seelischen Beschwerdeklaage und mit der Trait-Angst. Patienten ohne AU unterscheiden sich zu Beginn der Behandlung in diesen Merkmalen nicht von Patienten mit kurzen und mittleren AU-Zeiten („weniger als drei Monate“/„drei bis sechs Monate“), wohl aber von Patienten mit AU-Zeiten länger als sechs Monaten (GBBt: $F=4,14$, $df=3/332$, $p\leq 0,01$; SCL-K9: $F=4,76$; $df=3/333$; $p\leq 0,01$; STAI: $F=5,01$; $df=3/332$; $p\leq 0,01$). In der Motivation zur psychosomatischen Behandlung ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

Die von Geiser et al. (2003) mittels logistischer Regression ermittelte Rangfolge der Prädiktoren (Geschlecht, Arbeitsunfähigkeit, Dauer der Beschwerden) wurde repliziert.

Folgende Zusammenhänge mit Therapieerfolg konnten ermittelt werden: Patienten mit einer Arbeitsunfähigkeit zu Beginn der Behandlung zeigen am Ende ein deutlich geringeres Veränderungserleben (VEV: $t=5,19$; $df=328,7$; $p\leq 0,01$) und eine geringere Erfolgszufriedenheit aus der Therapeutesicht (eHAQf2: $t=2,804$; $df=340$; $p\leq 0,01$) und aus der Patienteneinschätzung (HAQs2: $t=4,294$; $df=316,9$; $p\leq 0,01$). Bedeutsam, aber in beiden Gruppen vergleichbar ist der Rückgang der körperlichen und seelischen Beschwerdeklaage bei vergleichbarer Behandlungsdauer.

Zur Prüfung der Frage, ob die gefundenen Zusammenhänge zwischen AU und Symptom schwere nicht von sozialmedizinischen Fragestellungen („Aufnahme steht in Zusammenhang mit vorzeitiger Berentung“) wurde eine Kovarianzanalyse berechnet. Die Haupteffekte für AU bleiben erhalten.

Diskussion

Die Befunde von Geiser et al. (2003) für Angstpatienten konnten repliziert und in ihrem Geltungsbereich erweitert werden. Die bei Aufnahme zur stationären psychosomatischen Behandlung bestehende Arbeitsunfähigkeit ist ein valider und einfach zu erfassender Indikator für einen höheren aktuellen Störungsgrad bei psychosomatisch erkrankten Patienten mit heterogenen Störungsbildern. Die bestehende Arbeitsunfähigkeit lässt sich damit als zusätzlich positives Kriterium für eine höhere Behandlungsbedürftigkeit einschätzen.

Literatur

- Bassler, M., Potratz, B., Krauthauser, H. (1995): Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut* 40, 23-32.
- Brähler, E., Klaghofer, R. (2001): Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49 (2), 115-124.
- Brähler, E., Scheer, J. (1983): *Der Gießener Beschwerdebogen*. Bern: Huber.
- Geiser, F., Bassler, M., Bents, W.C., Joraschki, P., Kriebel, R., Michelitsch, B., Ullrich, J., Liedtke, R. (2003): Zusammenhang der Arbeitsfähigkeit vor Therapiebeginn mit Störungsgrad und Therapieerfolg bei stationären Angstpatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 185-190.
- Kriebel, R., Paar, G.H., Schmitz-Buhl, St.M., Raatz, U. (2001): Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 14, 20-32.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C.D. (1981): *Das State-Trait-Angstinventar*. Theoretische Grundlagen und Handanweisung. Weinheim: Beltz.

Schmitz-Buhl, St.M., Kriebel, R., Paar, G.H. (2001): Bedeutung prästationärer Diagnostik für ein verbessertes Behandlungsmanagement am Beispiel der Therapiemotivation. Deutsche Rentenversicherungs-Schriften, Band 26, 400-402.

Berufliche und private Belastungskonstellationen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus pflegenden und sozialen Berufen Integration eines berufsbezogenen Behandlungsprogramms in die psychosomatische Rehabilitation

Schürgers, G. (1,2), Greve, A. (1), Zeichner, D. (2)

(1) Klinik Möhnesee, Psychosomatische und kardiologische Rehabilitation, (2) Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Pflege- und Gesundheitswissenschaften

Fragestellung

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus pflegenden und sozialen Berufen sind auffallend häufig von psychischen und psychosomatischen Störungen betroffen. Erschöpfungssyndrome und „Burnout“ werden in der Literatur häufig genannt (Allen, 2002; Kalliath, 2002). Mögliche Hintergründe sind sowohl im direkten beruflichen Umfeld zu suchen (Personalmangel, Arbeitszeitgestaltung, Teamprobleme, schwierige Klientel) als auch in spezifischen Belastungskonstellationen, bei denen sich persönliche und berufliche Anforderungen ungünstig ergänzen (Bühler, 2002; DAK-BGW Gesundheitsreport Krankenpflege, 2000). Psychosomatische und psychische Beeinträchtigungen führen häufig zu längeren AU-Zeiten mit der Gefahr der dauerhaften Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (DAK-Gesundheitsreport, 2004). Die psychosomatische Abteilung der Klinik Möhnesee beschäftigt sich seit über 2 Jahren mit spezifischen Behandlungsprogrammen für diese Berufsgruppen. Ziel war die Beschreibung typischer persönlicher und beruflicher Merkmale und die Identifikation von Belastungskonstellationen zur Optimierung des laufenden Behandlungsprogramms für "helfende Berufe" (GiGS-Programm: Gesundheit im Gesundheits- und Sozialwesen).

Methodik

In Kooperation mit der Hamburger Hochschule für angewandte Wissenschaft/Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften erfolgte eine Datenanalyse von standardisiert erhobenen Daten (Medizinische Daten, Fragebögen (Symptom Checkliste 90, revidiert, Basisdokumentation)) sowie spezifischer Erhebungsinstrumente zur Frage von psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz. Eine Stichprobe von Patienten wurde mit Hilfe tiefenpsychologischer Interviews untersucht, um biografische und mögliche neurotische Determinanten zu benennen. Außerdem erfolgte eine qualitative Auswertung von berufsspezifischen Gruppendiskussionen. Die Gesamtgruppe aller Patienten wurde in 3 Berufskategorien unterteilt (1. Fertigungsberufe/Bergbau/Landwirtschaft, 2. Dienstleistungsberufe/sozialer, medizinischer, pädagogischer Bereich, 3. Andere „nicht soziale“ Dienstleistungsberufe) um berufsbezogene Charakteristika zu identifizieren. Innerhalb der Gruppe der „Helfenden Berufe“ wurde außerdem nach Tätigkeitsgebieten differenziert.

Ergebnisse

Bei einer Ausgangsstichprobe von 629 Patienten aus 2004, die eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik Möneseessee abschlossen, sind rund 31 % sozialen, pflegenden und pädagogischen Berufen zuzuordnen. Innerhalb dieser Gruppe stellt die Krankenpflege mit rund 33 % neben den pädagogischen Berufen (18 %) und der Altenpflege (16 %) die größte Gruppe dar. Diagnostisch dominieren affektive Störungen (35 %) sowie Anpassungs- und Belastungsstörungen (34 %). Bei einem Altersdurchschnitt von 44,7 Jahren sind knapp 88 % der Betroffenen weiblich, wobei die Altenpflege (47,7 J.) neben den Lehrern (47,3 J.) die älteste Gruppe darstellt. Auffallend ist der mit 24 % sehr hohe Anteil von geschiedenen und getrennt lebenden Frauen in dieser Gruppe. Auch bei den "nicht sozialen" Dienstleistungsberufen ist dieser Anteil hoch (21,8), wobei signifikante Unterschiede nur zum Berufsfeld Fertigung, Landwirtschaft, Bergbau bestehen (17,5 %). Die Anzahl der Kinder liegt in allen Berufsbereichen recht homogen bei 1,35. In der Gruppe der geschiedenen und getrennt lebenden Müttern erziehen rund 49 % Kinder, 20,3 % sogar zwei oder mehr Kinder. Bei den berufsfeldspezifischen Belastungen wird häufig Personalmangel (35 %), Mobbing am Arbeitsplatz (27 %) sowie andere belastenden Arbeitsbedingungen genannt. Hier finden sich teilweise signifikante Unterschiede zu anderen "nicht sozialen" Arbeitsfeldern, wobei die Gruppe der Altenpflegerinnen sich als besonders belastet erlebt. Auf den Subskalen der SCL-90 finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den "sozialen" und "nicht sozialen" Berufsfeldern. Allgemeine Dienstleistungsberufe haben hier die höchsten Depressionswerte, Fertigungs-/ Landwirtschaft/Bergbau haben vom Trend her auf allen Skalen niedrigere Werte. Innerhalb der sozialen Berufe dominiert auf den Skalen Unsicherheit (64,0) und Depression (69,7) die Altenpflege, die auch beim Gesamtwert der psychischen Belastung (GSI=71,5) an erster Stelle liegt.

Diskussion

Die Analyse der verfügbaren Daten zeigt, dass soziale und pflegende Berufe sich insgesamt als hoch psychosozial belastet erleben. Zu Teilen finden sich signifikante Unterschiede zu anderen „nicht sozialen“ Berufsgruppen. Im Rahmen der spezifischen Behandlungsangebote der Klinik Möneseessee wurde deutlich, dass neben typischen intrapsychischen Konstellationen (strenges Gewissen, hohe Leistungsanforderungen, altruistische Grundhaltungen) zahlreiche äußere nicht berufsspezifische Faktoren Überlastungsreaktionen mitbedingen. Das Alleinerziehen von Kindern bei gleichzeitiger beruflicher sozialer Tätigkeit ist hierbei eine auffallend häufige Lebenssituation. Innerhalb der einzelnen sozialen und pflegenden Arbeitsfelder ist die Altenpflege hinsichtlich spezifischer beruflicher Belastungen besonders betroffen.

Literatur

- Allen, J., Mellor, D. (2002): Work context, personal control, and burnout amongst nurses. West J Nurs Res. Dec; 24(8): 905-917.
- Bühler, K.E., Land, T. (2002): Der Zusammenhang zwischen Burn-Out und Persönlichkeit in der Intensivpflege. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed. 37, 240-246.
- DAK-Gesundheitsreport (2004): DAK.
- DAK-BGW Gesundheitsreport Krankenpflege (2000): Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Deutschland, DAK/BGW.

Kalliath, T., Morris, R. (2002): Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. *J Nurs Adm. Dec*; 32 (12): 648-654.

Berufliches Bewältigungsverhalten bei Rehabilitanden - Erprobung des psychodiagnostischen Verfahrens AVEM im Bereich der Rehabilitation

Heitzmann, B. (1), Olbrich, D. (2)

(1) Institut für Psychologie, Uni Potsdam, (2) Rehasentrum der BfA, Bad Salzungen

Hintergrund und Stand der Forschung, Untersuchungsziel

Psychologische Verfahren werden schon seit Jahrzehnten herangezogen, wenn es darum geht, die gesundheitsrelevanten Auswirkungen beruflicher Tätigkeit zu erfassen. Traditionell konzentriert man sich dabei auf die Erfassung von Belastungseffekten in Form von psychischen und körperlich-funktionellen Beeinträchtigungen. Eine solch symptomorientierte Erfassung ist durch ein Herangehen im Sinne des salutogenetischen Ansatzes (Antonovsky, 1987) zu ergänzen, mit dem die Frage nach den individuellen und sozialen Ressourcen, Hilfen und Schutzfaktoren für die gesundheitsförderliche Bewältigung der Anforderungen in den Vordergrund tritt. Den betroffenen Menschen wird somit eine aktive Rolle bei der Mitgestaltung ihrer Beanspruchungsverhältnisse zugesprochen.

Mittels des von Schaarschmidt und Fischer (2003) entwickelten psychodiagnostischen Verfahrens AVEM werden unterschiedliche persönliche Bewältigungsmuster in der Auseinandersetzung mit dem Beruf erfasst. Die Validierungsergebnisse sprechen für die hohe Gesundheitsrelevanz dieser Differenzierung (Schaarschmidt und Fischer, 2001). Es gilt nunmehr, die Leistungsfähigkeit des AVEM für rehabilitationsbezogene Fragestellungen auszuweisen sowie weitergehende Erkenntnisse über die angemessene Individualisierung von RehaMaßnahmen zu gewinnen.

Methodik und Studiendesign

Im Rahmen eines BBS-Forschungsprojektes wurden mehr als 900 Rehabilitanden der Indikationsbereiche Psychosomatik, Orthopädie und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Rahmen der Eingangsdagnostik (T1) und zum Behandlungsabschluss (T2) zu ihren Verhaltens- und Erlebensweisen in Bezug auf die berufliche Tätigkeit, gesundheitliche Beschwerden sowie ihre Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsprogramm befragt. Zusätzlich zur Prä-Post-Untersuchung erfolgt eine Follow-up-Befragung nach einem Jahr (T3).

Ergebnisse

Zum Rehabeginn können bei Vergleich der drei Indikationsgruppen deutliche Unterschiede in den Risikoanteilen bzw. in den Dimensionen des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens nachgewiesen werden. Es lassen sich aber auch indikationsübergreifende Befunde ausmachen. So sind generell deutlich eingeschränkte Ressourcen im Bereich beruflichen Bewältigungsverhaltens zu konstatieren, wobei sich die ungünstigsten Werte für Psychosomatik-Patienten nachweisen lassen. Im Prä-Post-Vergleich (Rehabeginn vs. Rehaende) zeigen sich gesundheitsrelevante Veränderungen sowohl in den Risikoanteilen als auch in den Dimensionen des AVEM.

Diskussion

Im Hinblick auf die weitere Berufstätigkeit weisen die Ergebnisse auf die Notwendigkeit der Stärkung bzw. Korrektur arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensweisen hin. Schwerpunkte der Intervention sollten in den Bereichen der Bewältigungskompetenzen und des Lebensgefühls, v. a. aber der Motivation liegen, denn die zum Rehaende in unserer Stichprobe zu beobachtenden Veränderungen umfassen in erster Linie einen Rückgang des beruflichen Engagements. Es ist zu vermuten, dass im Rahmen des stationären Rehabilitationsaufenthaltes Maßnahmen zur Verbesserung des Allgemeinbefindens der Rehabilitanden im Vordergrund stehen. Hinsichtlich einer Stärkung berufsbezogener Widerstandsressourcen und insbesondere der Motivation ist der Klinikaufenthalt offenbar weniger effektiv, was die Gefahr birgt, dass sich die Rehabilitanden bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz unmittelbar mit denselben Problemen konfrontiert sehen, die sie bereits vor der Behandlung erlebt haben.

Schlussfolgerungen, Umsetzung, Ausblick

Der Nutzen des Verfahrens AVEM für rehabilitationsbezogene Fragestellungen kann einwandfrei festgestellt werden. Neben wichtigen Erkenntnissen, die für die Gesamtgruppe der Rehabilitationspatienten gewonnen werden konnten, lassen sich mittels des AVEM auch individuelle Interventionserfordernisse ableiten.

Aktive Bewältigungskompetenzen werden im Rahmen des stationären Rehabilitationsaufenthaltes noch zu wenig gefördert. Hier aber muss ein besonderer Schwerpunkt der Intervention liegen, sollte doch die Rehabilitation der Wiederherstellung bzw. Erhaltung der beruflichen Leistungsfähigkeit dienen. Dazu ist es erforderlich, dass die Rehabilitanden motiviert und mit gestärkten Kompetenzen in ihren Alltag und an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Im Weiteren wird es darum gehen, die Ergebnisse der Follow-up-Befragung in die Auswertungen einzubeziehen sowie beruflich orientierte Schulungsmaßnahmen i. S. einer gezielteren Intervention für Rehabilitationspatienten zu entwickeln und zu erproben.

Literatur

- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schaarschmidt, U., Fischer, A. (2001): Bewältigungsmuster im Beruf. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schaarschmidt, U., Fischer, A. (2003): AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage. Frankfurt/M.: Swets & Zeitlinger.

Wie eng ist der Arbeitsmarkt für psychosomatische Patienten? Ein Zeitreihenvergleich parallelisierter Kontrollgruppen von zwei kontrollierten Längsschnittstudien 1999-2003

Hillert, A., Koch, S., Staedtke, D., Cuntz, U.

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee

Hintergrund und Fragestellung

Die aktuelle Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt, unter dem Diktat von Globalisierung, Gewinnoptimierung und Controlling, ist besonders für Personen mit eingeschränkter Leistungs- und Anpassungsfähigkeit problematisch. So sind psychosomatische Erkrankungen ein Hauptgrund frühzeitiger Berentung (VDR, 2003). Empirische Daten, die darüber hinaus die Konsequenzen der Arbeitsmarktentwicklung für psychosomatische Patienten abbilden und zur Aktualisierung berufsbezogener Therapieangebote verwendet werden könnten, stehen jedoch aus. Im Rahmen des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Bayern (RFB) wurden in der Klinik Roseneck bislang zwei kontrollierte Längsschnittstudien zur Evaluation berufsbezogener Therapieangebote durchgeführt: 1999-2002 wurde die ‚Berufliche Belastungserprobung‘ (BE), d.h. therapeutisch begleitete Praktika außerhalb der Klinik (Hillert et al., 2002), seit 2002 das berufsbezogene Gruppentherapieprogramm ‚Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)‘ evaluiert (Koch, S. et al., 2004). In beiden Studien wurden konsekutiv aufgenommene, im Screeningverfahren als beruflich hochbelastet identifizierte Patienten Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Gegenüberstellung der beiden Kontrollgruppenstichproben mit Standardtherapie dieser Studien im Sinne eines Zeitreihenvergleiches. Erwartet wurde eine Zunahme beruflicher Belastungen und erschwerte Bedingungen des Erhalts der Erwerbsfähigkeit zwischen 1999-2001 und 2002-2003.

Methode

In die Auswertung wurden nach vergleichbaren Kriterien einer hohen subjektiven und objektiven beruflichen Belastung (nach Screeningfragebogen und Therapeutenurteil) rekrutierte Patienten (18-50 Jahre) aufgenommen, soweit sie nicht an den spezifischen Interventionen BE (n=119) oder aber SBA (n=245) teilgenommen haben. Die Gruppen wurden hinsichtlich Alter und Geschlechtsverteilung parallelisiert. In beiden Studien wurden bei Aufnahme, Entlassung und 3- und 12-Monats-Nachbefragungen soziodemographische Daten und zahlreiche berufs- bzw. gesundheitsbezogene Selbsteinschätzungsverfahren erhoben, z.B. AVEM (Schaarschmidt & Fischer, 1996), SCL-90-R und Subskalen beruflicher Belastungen (IRES). Statistische Gruppenvergleiche der beiden Zeitstichproben (Studien 1 vs. Studie 2) erfolgten mithilfe von T-Tests bzw. Chi²-Tests.

Ergebnisse

Hinsichtlich Alter (jeweils 1999-2001 vs. 2002-2003: 34,1 vs. 35,9 Jahre), Frauenanteil (64,7 % vs. 66,5 %), beruflicher Stellung (20,2 % vs. 23,8 % Arbeiter, 63,9 % vs. 56,2 % Angestellte) und Diagnoseverteilung (mit über 30 % Depressionen als ICD-10-Hauptdiagnose), sind beide Gruppen gut vergleichbar. Hinsichtlich der AU-Zeiten vor Aufnahme (23,8 vs. 13,0 Wochen innerhalb der letzten 12 Monate) sowie der Arbeitslosenquote

bei Aufnahme (41,2 % vs. 31,8 %) erweist sich die 1999 rekrutierte Gruppe als signifikant beruflich eingeschränkter. Entsprechend gaben diese Patienten eine niedrigere Arbeitszufriedenheit, höhere berufliche Sorgen und höhere berufliche Belastungen an. Ungeachtet der 1999-2001 berichteten höheren beruflichen Beeinträchtigung nahm dann jedoch zum Zeitpunkt der 3-Monatkatamnese 1999-2001 die Erwerbstätigkeitsquote um insgesamt 11,7 % zu während sie 2002-2003 um 5,6 % abnahm. Damit ergibt sich im Zeitverlauf von 1999 bis 2003 eine gravierende Verschlechterung (-17,3 %) der return-to-work-Quote beruflich hochbelasteter psychosomatischer Patienten drei Monate nach stationärer Standardtherapie.

Diskussion und Ausblick

Post-hoc Auswertungen müssen grundsätzlich kritisch diskutiert werden. Insbesondere fällt auf, dass sich die Probanden der ersten Studie (1999-2001) als beruflich höher belastet darstellten. Eine Parallelisierung der Gruppen nach Kriterien wie AU-Zeiten, Arbeitslosigkeit oder erlebter beruflicher Belastung wäre unschwer machbar. Es stellt sich jedoch die Frage, ob sich nicht gerade in diesen Gruppenunterschieden Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt spiegeln. Eine Verringerung der AU-Zeiten mit zunehmender Arbeitslosenquote ist gut dokumentiert (vgl. Zok, 2003). Entsprechend liegt nahe, dass das subjektive Erleben beruflicher Belastungen mit Arbeitsplatzsicherheit und (fehlenden) Alternativen korreliert und dies wiederum Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten stationärer Behandlungen hat. Wenn sich nun 2002-2003 die Perspektive selbst für beruflich weniger eingeschränkte Patienten drastisch verschlechtert hat, bestätigt dies um so mehr den Trend einer nachhaltig erschwerten Arbeitsmarktlage für psychosomatische Patienten. Hieraus ergeben sich methodische und praktische Implikationen: Wie reliabel bleiben Messverfahren zur Erfassung berufsbezogener Einstellungen, wenn sich die Realitäten auf dem Arbeitsmarkt verändern? Unabhängig davon wird die existenzielle Notwendigkeit einer forcierten Entwicklung und Umsetzung berufsbezogener Therapieangebote nachdrücklich unterstrichen (zu weiteren inhaltlichen Aspekten s. Koch, S. et al. in diesem Band).

Literatur

- Hillert, A., Staedtke, D., Cuntz, U. (2002): Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Evaluation: Theoretische Konzepte, real existierende Patienten und multiple Schnittstellen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 58, 94-100.
- Koch, S., Hillert, A., Hedlund, S., Cuntz, U. (2004): Effekte einer berufsbezogenen Therapiegruppe in der stationären psychosomatischen Rehabilitation zum Entlassungszeitpunkt: Ergebnisse einer kontrollierten Evaluationsstudie. In: VDR (Hrsg.). *Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation*. Tagungsband des 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums vom 8. bis 10. März 2003 in Düsseldorf (DRV-Schriften, Bd. 52, S. 224-226). Frankfurt/Main: VDR.
- Schaarschmidt, U., Fischer, A. (1996): *AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*. Frankfurt am Main: Swets Testservices.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003). *VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 2002 einschließlich Rentenwegfall, Rentenänderung/Änderung des Teilrentenanteils in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt/Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

Zok, K. (2004): Einstellungen und Verhalten bei Krankheit im Arbeitsalltag – Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage bei Arbeitnehmern. In: Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2003; Berlin: Springer; 243-261.

Behandlungsintegrität einer tiefenpsychologischen Gruppentherapie für beruflich belastete Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation - Videogestützte Analyse der Interventionen

*Schattenburg, L. (1), Knickenberg, R.J. (1), Krug, B. (2), Mund, S. (2),
Beutel, M.E. (3), Zwerenz, R. (3)*

(1) Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, (2) Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität, Gießen, (3) Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes Gutenberg Universität Mainz

Hintergrund

Rehabilitationsmaßnahmen dienen nicht nur der Besserung der somatischen und psychischen Beschwerden der Patienten, sondern sollen vor allem auch hinsichtlich der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung sowie der Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben Erfolge erzielen. Trotzdem wird in der Literatur umfangreich darauf hingewiesen, dass in der stationären psychosomatischen Therapie, bzw. in der Psychotherapie generell, zu wenig auf die Arbeitssituation der Patienten eingegangen wird (Beutel et al., 1999; Beutel, Zwerenz, Kayser, Schattenburg & Knickenberg, 2004; Häfner, Haug & Kächele, 2004; Koch, Bürger, Schulz, Glier & Rodewig, 1997). In der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt wird in einer laufenden multizentrischen Studie²⁷ in Kooperation mit der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee in klinikübergreifenden Settings (verhaltenstherapeutisch vs. tiefenpsychologisch orientiert) untersucht, inwieweit die berufliche Integration dieser Patienten durch eine berufsbezogene Therapiegruppe optimiert werden kann.

Methode

Im Rahmen der prospektiven Interventionsstudie (kontrolliertes quasi-experimentelles Studiendesign mit Zeitstichproben) nehmen beruflich belastete Patienten der Interventionsgruppe während ihrer stationären psychosomatischen Therapie an einer tiefenpsychologisch fundierten Therapiegruppe teil (Berufsbezogene Therapiegruppe, BTG). Konzipiert wurde eine geschlossene Gruppe mit acht Sitzungen à 90 Minuten über vier Wochen. Die Interventionsgruppe wird verglichen mit einer Kontrollgruppe. Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich lediglich in der Applikation der BTG. Die BTG wurde von einem erfahrenen Psychotherapeuten durchgeführt. Der Therapeut folgte dabei dem vorher entwickelten Manual, in dem psychodynamisch orientierte Interventionen unter Berücksichtigung des berufsbezogenen Gruppenkontextes definiert waren. Die Behandlungsintegrität, u.a. Manualtreue und Behandlungskompetenz, wurde durch regelmäßige Videoaufzeichnungen der

²⁷ Gefördert durch den VDR und das BMBF im Rahmen des Forschungsverbundes "Rehabilitationsforschung Bayern" (seit März 2002, Förderkennzeichen: 01GD0115)

BTG und die Einschätzung durch zwei unabhängige Rater überprüft (Doktorandinnen der Medizin). Dazu wurden 32 Videoaufzeichnungen von insgesamt 8 Gruppen eingeschätzt. Die Übereinstimmung der Rater betrug zwischen 41,2 % und 94,4 % (Mittelwert: 62 %). Allen Patienten wurden mit ihrem schriftlichen Einverständnis zur Aufnahme, im Therapieverlauf, bei Entlassung sowie drei und 12 Monate nach der Behandlung weitere Messverfahren (soziodemographische Merkmale (PsyBaDo), psychische Belastung (SCL-90), berufsbezogene Einstellungen (AVEM), Gruppenklima (GCQ-S) etc.) vorgelegt.

Ergebnisse

Zwischen April 2002 und Juli 2003 wurden 279 Patienten in die Studie aufgenommen. Davon wurden 135 Patienten der Kontroll- und 144 Patienten der Interventionsgruppe zugewiesen. Die Abbrecher- bzw. Verweigererrate betrug in der Kontrollgruppe 6 % in der Interventionsgruppe 13 %. Insgesamt 2.888 therapeutische Interventionen wurden von den Ratern basierend auf einer Liste von 25 Interventionen eingeschätzt. Dargestellt werden nur die Interventionen, die mindestens 1 % an der Gesamtzahl der Interventionen ausmachten. Am häufigsten ermunterte der Therapeut die Patienten, sich mitzuteilen und an der Gruppe teilzunehmen (21 %), gefolgt von Interventionen, welche die Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern fördern sollten (16 %) und Interventionen zur Förderung der Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge (11 %), sowie der Erklärung der Behandlungstechniken (8 %). Teilnehmer an der Interventionsgruppe waren optimistischer hinsichtlich ihrer beruflichen Reintegration und signifikant zufriedener mit der Bearbeitung der beruflichen Probleme als Patienten der Kontrollgruppe. Das von den Interventionsteilnehmern eingeschätzte Gruppenklima erwies sich als bedeutender Prädiktor für den Behandlungserfolg bezogen auf die Patienteneinschätzung zur Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Diskussion

Mit der berufsbezogenen Therapiegruppe (BTG) liegt ein psychodynamisch orientiertes Gruppenkonzept mit Fokus auf beruflichen Belastungen und Konflikten vor, das sich gut in eine 4-6 wöchige psychosomatische Rehabilitationsbehandlung integrieren ließ. Die Behandlungsintegrität (Manualtreue und Kompetenz) wurde durch eine zufriedenstellende Übereinstimmung der zwei unabhängigen Rater der Interventionen über die Videoanalyse bestätigt. Durch die Entwicklung eines Behandlungsmanuals und dessen Evaluation ist eine Grundlage geschaffen für den Vergleich mit anderen Therapieverfahren und für die Überprüfung in anderen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

Literatur

- Beutel, M.E., Dommer, T., Kayser, E., Bleichner, F., Vorndran, A., Schlüter, K. (1999): Arbeit und berufliche Integration psychosomatisch Kranker. Nutzen und Indikation der beruflichen Belastungserprobung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 49(9/10), 368-374.
- Beutel, M.E., Zwerenz, R., Kayser, E., Schattenburg, L., Knickenberg, R.J. (2004): Berufsbezogene Einstellungen, Ressourcen und Risikomerkmale im Therapieverlauf: Eignet sich der AVEM als Messverfahren für psychisch und psychosomatisch Kranke? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(2), 110-119.
- Häfner, S., Haug, S., Kächele, H. (2004): Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Arbeitnehmern. *Psychotherapeut*, 49, 7-14.

Koch, U., Bürger, W., Schulz, H., Glier, B., Rodewig, K. (1997): Berufsbezogene Behandlungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation: Bedarf und Konzeption. Deutsche Rentenversicherung, 9-10, 548-574.

Psychischer Status dermatologischer Patienten und dessen Veränderung in der Reha

Bauernschmitt, K., Gass, S., Schwiersch M., Gonzalez, N., Schultz, K.
Fachklinik Allgäu, Pfronten

Hintergrund

Psychische Belastungen und behandlungsbedürftige psychische Störungen bei dermatologischen Patienten stellen häufige Begleiterscheinungen in der Rehabilitation bei Hauterkrankungen dar (vgl. Härter, 2002). Aufgrund eines damit häufig vorliegenden komplexen Bedingungsgefüges aus somatischer Grunderkrankung und psychischer Komorbidität besteht in vielen Fällen die Notwendigkeit, neben der dermatologischen Grunderkrankung auch die psychische Belastung der Reha-Patienten in den Fokus der Therapie zu stellen.

Stand der Forschung

Studien belegen, dass bei ca. 23 % aller dermatologischen Patienten psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht (Gieler & Stangier, 2002). Im Rahmen stationärer dermatologischer Rehabilitation können hier einerseits psychische Faktoren mit direktem Bezug zur somatischen Grunderkrankung sowie eine Beeinträchtigung durch psychische Komorbidität als Anlass einer psychologischen Indikation gesehen werden.

Zweck der Untersuchung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es einerseits, psychische Komorbidität anhand eines Screening-Verfahrens für Angst und Depression bei dermatologischen Reha-Patienten zu identifizieren. Zudem soll aber auch die Reliabilität der ärztlichen Indikation zur Psychotherapie überprüft werden.

Methodik, Studiendesign

Im Rahmen der Basisdokumentation der Fachklinik Allgäu wird die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Snaith & Zigmond) zu Beginn und am Ende des Reha-Aufenthaltes an dermatologische Patienten ausgegeben. Es wurden die Daten von N = 140 konsekutiven Patienten, die von September 2003 bis September 2004 ihren Reha-Aufenthalt absolvierten, nach deskriptiven Gesichtspunkten statistisch ausgewertet. Dann erfolgte ein Prä-Post-Vergleich der HADS-Scores (HADS-Angst, HADS-Depression, HADS Summenscore).

Ergebnisse

Die über die Gesamtstichprobe (N=140) gemittelten HADS-Scores liegen zunächst im klinisch unauffälligen Bereich (HADS-A = 6,3; HADS-D = 5,3; HADS-Summenscore = 11,6). 36,4 % der dermatologischen Patienten liegen bei einem HADS-A Cut-Off-Wert von 8 im klinisch auffälligen Bereich, wählt man das Kriterium enger (Cut-Off = 11) so erweisen sich in der Stichprobe 15,7 % aller Patienten als klinisch auffällig in Bezug auf Angst. Hinsichtlich

Depressivität liegen 26,4 % bzw. 11,4 % der Patienten in einem klinisch auffälligen Bereich. Für den Summenscore ergeben sich ähnliche Werte. Ca. ein Drittel aller dermatologischen Patienten weisen demnach klinisch auffällige Werte bei Angst bzw. Depression auf. Die Indikation zur Psychotherapie durch die behandelnden Ärzte wurde bei 42 % der Patienten gestellt. Hierbei zeigen sich schwach positive Zusammenhänge zwischen den Angst- und Depressionsscores sowie der Indikation zur Psychotherapie ($r=.39$, $p<.001$ für Angst bzw. $r=.27$, $p<.01$ für Depression). Ähnliche Zusammenhänge zeigen sich zwischen den HADS-Kennwerten und der Häufigkeit der psychotherapeutischen Gespräche. Im Prä-Post-Vergleich zeigt sich eine sowohl statistisch signifikante als auch klinisch relevante Reduktion der psychischen Belastung dermatologischer Patienten im Reha-Verlauf.

Diskussion

Psychologische Therapie stellt einen notwendigen Baustein in der Rehabilitation bei dermatologischen Erkrankungen dar. Die Reduktion ängstlicher und depressiver Beschwerden kann aufgrund der zu beobachtenden Wechselwirkungen zu einer Verbesserung des Hautbefundes und somit zu einer Steigerung der Lebensqualität der Patienten beitragen.

Ausblick

Eine Integration psychologischer Therapie in die dermatologische Reha sollte im Sinne eines interdisziplinären Behandlungskonzeptes zum Standard werden. Zudem sollte auch die psychologische Statusdiagnostik beim Patienten zu Beginn des Aufenthaltes als Standard in jede dermatologische Rehabilitation eingehen.

Literatur

Gieler, U., Stangier, U. (2002): Psychotherapie in der Dermatologie. In: Strauß, B. (Hrsg.). Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 21. Göttingen: Hogrefe.

Zur Bedeutung von Selbsthilfegruppen im Krankheitsverlauf von Patienten psychosomatischer Kliniken

Meyer, F. (1), Höflich, A. (1), Matzat, J. (2), Beutel, M.E. (3)

(1) Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität, Gießen, (2) Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Gießen, (3) Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz

Hintergrund

Obwohl Selbsthilfegruppen (SHG) zunehmend Anerkennung in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung finden (Matzat, 2000; 2002) und etwa 5.000 Gruppen für Menschen mit psychischen oder psychosomatischen Beschwerden existieren (Meyer et al., 2004), steht die wissenschaftliche Untersuchung von Selbsthilfegruppen in diesem Bereich immer noch in den Anfängen (Borgetto, 2003). Über Vorerfahrungen von Patienten psychosomatischer Kliniken in Bezug auf SHG ist bisher nichts bekannt. Dementsprechend werden SHG als (ergänzende) Behandlungsmöglichkeit z. B. auch in der ambulanten Nachbehandlung stationärer Patienten wahrscheinlich kaum wahrgenommen.

Methode

Über 4.500 Patienten verschiedener psychosomatischer Kliniken wurden bei Aufnahme und bei Entlassung mit standardisierten Fragebögen und speziellen Fragen zu Vorerfahrungen mit Selbsthilfegruppen sowie zu ihren Plänen bezüglich poststationärer Behandlungen befragt. Es wurde untersucht, a) inwieweit Selbsthilfe-Vorerfahrungen bestehen, b) welche Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Vorerfahrungen in diesem Bereich existieren und c) wie viele Patienten nach Entlassung eine Selbsthilfegruppen-Teilnahme planen.

Ergebnisse

Ein relevanter Teil der Patienten (ca. 12 %) hat vor Aufnahme in eine psychosomatische Klinik bereits Erfahrungen mit einer Selbsthilfegruppe gemacht. Ca. 5 % kamen aktuell aus einer Selbsthilfegruppe. Patienten mit SHG-Erfahrungen leiden meist schon lange unter ihrer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung und haben schon viele verschiedene psychotherapeutische Angebote genutzt.

Über 30 % der Selbsthilfegruppen-Teilnehmer war ein Jahr oder länger Mitglied in einer SHG. Allerdings gab es auch einen großen Teil, der nur 1 - 3 Monate an einer SHG teilgenommen hatte. Die meisten Patienten (etwa 60 %) waren mit der Teilnahme an ihrer SHG zufrieden. Etwa 20 % aller Patienten beabsichtigten, nach Entlassung aus der Klinik an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen. Dabei planten mehr Patienten eine post-stationäre SHG-Teilnahme, wenn dies bei Entlassung vom Therapeuten empfohlen wurde.

Diskussion

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass SHG eine relevante Behandlungsalternative oder -ergänzung darstellen können. Insbesondere für Patienten mit langer Krankheitsgeschichte scheinen SHG ergänzend zu professionellen Angeboten eine Rolle zu spielen.

Schlussfolgerungen

Da gleichzeitig bei vielen Patienten Wissenslücken bzgl. SHG bestehen, dürfte eine gezielte Information zu einer häufigeren und effektiveren Nutzung führen. Dafür bietet sich gerade während einer stationären Behandlung eine gute Möglichkeit. Allerdings besteht - trotz der relativ weiten Verbreitung von SHG im Bereich psychosomatischer Erkrankungen - auch erheblicher Forschungsbedarf, da insbesondere weiter unklar ist, welche Patienten von einer SHG-Teilnahme am meisten profitieren können.

Literatur

- Borgetto, B. (2003): Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland - Stand der Forschung. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden.
- Matzat, J. (2000): Zur Rolle der Forschung bei der Entwicklung der Selbsthilfegruppenbewegung in Deutschland. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 23(3), 213-222.
- Matzat, J. (2002): Die Selbsthilfe als Korrektiv und "vierte Säule" im Gesundheitswesen. *Forschungsjournal NSB*, 15(3), 89-97.
- Meyer, F., Matzat, J., Höflich, A., Scholz, S., Beutel, M.E. (2004): Self-help groups for psychiatric and psychosomatic disorders in Germany - themes, frequency and support by self-help advice centres. *Journal of Public Health* (in press).

Erschöpfung und Behandlungserfolg in der stationären Rehabilitation: Förderliche Effekte von Ausdauersport

Mussgay, L., Rüdgel, H.

Psychosomatische Fachklinik St.-Franziska-Stift Bad Kreuznach

Fragestellung und Hintergrund

Erschöpfung kann nach einer Phase anhaltender psychischer und physischer Anstrengung mit Symptomen wie z. B. Müdigkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, sozialem Rückzug, depressiven Stimmungsbildern, somatoformen Störungen, zunehmenden familiären und beruflichen Konflikten u. a. auftreten. Bei sehr starker Ausprägung ergibt sich ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko infolge Herz-Kreislauf assoziierter Erkrankungen (Appels und Mulder, 1988). Erschöpfung ist als eigenes Konstrukt zu werten, es ist unabhängig von Depression und Angst (Lindeberg und Östergren, 2002). Eine Rehabilitationsbehandlung sollte deshalb das Ausmaß vorhandener Erschöpfung berücksichtigen und das Behandlungsangebot entsprechend anpassen. Der subjektiv empfundene Rehabilitationserfolg wird sich u.a. aus dem Ausmaß der erzielten Erschöpfungsreduktion ergeben. Neben Entspannung bieten sich auch aktive Tätigkeiten wie moderater Sport zur Wiederherstellung an. Die Studie greift auf Daten eines längsschnittlichen Projektes (Mussgay et al., 2004) zurück. Beantwortet werden sollen die Fragen, a) wie sich der subjektiv empfundene Erschöpfungsgrad im Verlauf einer stationären Rehabilitation verändert, b) ob ein zusätzliches sportliches Ausdauerprogramm förderliche Effekte auf den Grad der Erschöpfung hat und c) ob sich eine Reduktion der Erschöpfung auf den subjektiv bewerteten Rehabilitationserfolg auswirkt ?

Methodik

In das Projekt wurden Patienten mit Angststörungen (ICD10: F40, F41) und mit Somatoformen Störungsbildern (ICD10: F45) einbezogen. Jeweils die Hälfte jeder Gruppe wurde per Zufall einem von zwei Behandlungssträngen zugeteilt. Eine Gruppe wurde entsprechend dem standardisierten Behandlungsvorgehen unserer Klinik für diese Patienten behandelt (Kontrollgruppe). Die andere Gruppe erhielt zusätzlich zum Standardangebot ein kontinuierliches, die aerobe Fitness steigerndes Ausdauertraining angeboten (Experimentalgruppe). Für diese Auswertung wurden die zu Behandlungsbeginn (T1) zum Behandlungsende (T2) und nach einer 6 monatigen Katamnese (T3) erhobenen Fragebogendaten herangezogen. Berücksichtigt wurde die körperliche Aktivität (FFKA), die Skala ‚Vitalität‘, des SF36, die in reziproker Ausprägung Erschöpfung abbildet (Lindeberg und Östergren, 2002). Zu T2 wurde von den Patienten eine Einschätzung des erreichten Rehabilitationserfolges erhoben.

Ergebnisse

Während der Behandlung ergibt sich eine deutliche Abnahme der Erschöpfung, diese ist für die Ausdauertrainingsgruppe signifikant stärker ausgeprägt, als für die Standardbehandlungsgruppe. Entsprechend ergibt sich zwischen der relativen Veränderung sportbezogener körperlicher Aktivität und der Reduktion der erlebten Erschöpfung eine signifikante Korrelation. Zwischen dem Grad der Erschöpfung und den unterschiedlichen Aspekten der subjektiven Einschätzung des Rehabilitationserfolges ergeben sich durchweg hoch signifikante

Zusammenhänge (Kontaktverhalten (-.45), körperliche (-.40), seelische (-.48), alltägliche (-.35), berufliche (-.36) und freizeitbezogene Einschränkungen (-.42). Ein ganz ähnliches Bild ergibt sich für die getrennte Betrachtung der Veränderungswerte der Erschöpfung von T1 nach T2. Auch diese Werte korrelieren mit Ausnahme des Kontaktverhaltens hoch signifikant (körperliche (-.35), seelische (-.35), alltägliche (-.35), berufliche (-.38) und freizeitbezogene Einschränkungen (-.51).

Diskussion

Für Angst- und Somatisierungspatienten zeigt sich, dass sich die subjektiv empfundene Erschöpfung während der stationären Rehabilitationsbehandlung deutlich reduziert. Dabei hängt die Ausprägung der am Ende der Behandlung empfundenen Erschöpfung eng mit dem subjektiv bewerteten Rehabilitationserfolg zusammen. Ebenso hängt die erzielte Reduktion der Erschöpfung mit dem subjektiv bewerteten Rehabilitationserfolg zusammen. Ein zusätzlich absolviertes Ausdauertraining führt zu einer stärkeren Reduktion der Erschöpfung als die Standardbehandlung alleine.

Schlussfolgerung

Die Befunde sprechen für die Berücksichtigung von Aspekten der Erschöpfung zur Steigerung des Rehabilitationserfolges. Ausdauertraining kann dazu beitragen, Zustände der Erschöpfung positiv zu beeinflussen.

Literatur

- Appels, A., Mulder, P. (1988): Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *European Heart Journal*, 9, 758-764.
- Lindeberg, S., Östergren, P.O. (2002): Low vitality measured by SF-36: A valid measure of vital exhaustion. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9 (Suppl. 1), 169.
- Mussgay, L., Schmidt, F., Morad, E., Rüdell, H. (2004): Effekte eines aeroben Ausdauertrainings auf die autonome kardiovaskuläre Regulation bei Angst- und Somatisierungspatienten in stationärer psychosomatischer Rehabilitation. 551-553. *DRV-Schriften*, Bd. 41, VDR: Frankfurt.

Körperliche Aktivität und Sport bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas - Veränderungen der koordinativen und konditionellen Fähigkeiten im Verlauf einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

Oestreich, D., Gruber, W., Wingart, S., Paul, K.

Fachklinik Satteldüne für Kinder und Jugendliche der LVA Schleswig Holstein

Einleitung

Die Adipositas im Kindes- und Jugendalter nimmt immer mehr zu. Die Ursachen hierfür liegen in den Ernährungsgewohnheiten und einem von Bewegungsarmut geprägten Lebensstil. Therapiemaßnahmen bei Adipositas haben daher zum einen das Ziel, Veränderungen in den Ernährungsgewohnheiten zu erzielen. Zudem sollen die Kinder und Jugendlichen dazu angehalten werden, die körperliche Aktivität im Alltag zu steigern. Mittlerweile gibt es in Deutschland eine Reihe von Schulungsmaßnahmen, in denen der körperlichen Aktivität eine

große Rolle zukommt. Die stationäre Rehabilitation bietet für viele Kinder und Jugendliche einen Start, um dann am Wohnort die erlernten Kenntnisse praktisch umzusetzen. In der vorliegenden Untersuchung sollten die koordinativen und konditionellen Fähigkeiten erfasst und Trainingseffekte aufgezeigt werden.

Material/Methode

An der vorliegenden Untersuchung nahmen 498 Kinder und Jugendliche mit Adipositas im Alter von 6-18 Jahren teil. Die koordinativen Fähigkeiten wurden mittels des mMFT (modifizierter Münchner Fitnessstest mit den 4 Übungen Zielwerfen (ZW), Ballprellen (BP), Rumpfbeuge (RB) und Standhochsprung (SP)) erfasst. Für die Überprüfung der konditionellen Fähigkeit wurde der 6 Minuten Gehstest (6MGT) eingesetzt. Die Tests wurden zu Beginn (T1) und am Ende (T2) der Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Alle Patienten nahmen an einem 6-wöchigen Trainingsprogramm mit 4-5 Trainingseinheiten/Woche mit einer Dauer von jeweils ca. 60 min teil.

Ergebnis

Im Verlauf des Trainings kam es zu einer signifikanten Abnahme des Körpergewichts (BMI (T1 $30,2 \pm 5$ vs. T2 $2,45 \pm 4,6$, $p < 0,001$) und des BMI-SDS (T1 $2,45 \pm 0,53$ vs. T2 $2,08 \pm 0,59$, $p < 0,001$). Für die einzelnen Übungen des mMFT waren statistisch signifikante Veränderungen für das BP (T-Wert T1 $38 \pm 5,8$ vs. T2 $42,8 \pm 6,2$, $p < 0,001$), ZW (T-Wert T1 $43,1 \pm 8,3$ vs. T2 $48,8 \pm 9$, $p < 0,001$), RB (T-Wert T1 $43,4 \pm 8,8$ vs. T2 $45,9 \pm 9,6$, $p < 0,001$) und SP (T-Wert T1 $38,3 \pm 7,6$ vs. T2 $39,5 \pm 8,1$, $p < 0,001$) festzustellen. Die Gehstrecke nahm am Ende des Trainings signifikant zu (T1 627 ± 60 vs. T2 687 ± 67 m, $p < 0,001$). Die adipösen Mädchen waren bei den Übungen BP, ZW, SP sowie der Gehstrecke im Vergleich zu den Jungen signifikant schlechter, konnten allerdings bei der RB bessere Werte erzielen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Kinder und Jugendliche mit Adipositas verbessern ihre koordinativen und konditionellen Fähigkeiten im Rahmen einer mehrwöchigen Reha-Maßnahme. Bewegung, Spiel und Sport müssen daher integrativer Bestandteil von Schulungsmaßnahmen sein, die dann am Wohnort langfristig weiter geführt werden sollten. Aus diesem Grund ist es zwingend erforderlich, eine Reha-Kette aufzubauen und zu etablieren, um so Kindern und Jugendlichen mit Adipositas Maßnahmen zu ermöglichen, in denen sie nach der stationären Rehabilitation teilnehmen können. Sinnvoll ist es zudem, ein einheitliches Schulungsprogramm zu implementieren, durch das es möglich wird, sowohl stationär wie auch ambulant gemeinsame Inhalte zu schulen und zu fördern.

Literatur

- Rusch, H., Irrgang, W. (2002): Der Münchner Fitness-Test. Sportpraxis: 42-50.
Rusch, H., Irrgang, W. (2003): Münchner Fitnessstest – Testauswertung. Elektronische Publikation: URL 10.10.2004 unter <http://www.sportunterricht.de/mft/mftausw.html>
Wabitsch, M., Kunze, D. (2001): Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Monatsschrift Kinderheilkunde 149 8, 805 ff.

Veränderungsbereitschaft hinsichtlich psychischer Belastung bei Patienten der medizinischen Rehabilitation

Paul, J., Barth, J.

Institut für Psychologie, Universität Freiburg

Hintergrund

Zahlreiche Studien zeigen eine erhöhte psychische Belastung bei Patienten der stationären medizinischen Rehabilitation (z. B. Baumeister et al., 2004). Nach Irle et al. (2002) erhalten jedoch mehr als die Hälfte der Patienten mit psychischer Belastung und über 40 % der Patienten mit einer manifesten komorbiden psychischen Störung keine spezifische psychologische Behandlung. Unabhängig von der Entdeckungsrate stellt sich die Frage, inwieweit die Patienten selbst bereit sind, sich mit psychischer Belastung auseinander zu setzen.

In der vorliegenden Studie wird die Veränderungsbereitschaft hinsichtlich psychischer Belastung bei Patienten der medizinischen Rehabilitation untersucht. Veränderungsbereitschaft entspricht dem Konzept der Änderungsmotivation, deren Ziel darin besteht, zur Bewältigung von Symptomen oder Problemen Einstellungs- und Verhaltensänderungen vorzunehmen (Veith, 1997). Das Transtheoretische Modell (TTM) von Prochaska und DiClemente (1982) beschreibt die Veränderungsbereitschaft als einen phasenhaften Prozess über fünf Veränderungsstadien: Indifferenz, Bewusstwerdung, Vorbereitung, Umsetzung, Aufrechterhaltung.

Die Fragestellung der Studie ist, ob sich das Konzept der fünf Veränderungsstadien auch hinsichtlich psychischer Belastung bei Patienten der medizinischen Rehabilitation anwenden lässt und inwieweit diese Veränderungsstadien mit psychischer Belastung und Psychotherapiemotivation zusammenhängen. Das Konzept der Psychotherapiemotivation bezieht sich dabei auf die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe für die Bewältigung psychischer Probleme.

Methodik

Zur Erfassung der Veränderungsstadien hinsichtlich psychischer Belastung wurde ein neuer Fragebogen entwickelt (VS-PsyB). N=266 Patienten der internistischen, orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation (Durchschnittsalter: 64,5; SD=11,2; 67 % weiblich) füllten zu Beginn ihres Rehabilitationsaufenthaltes den VS-PsyB sowie Fragebögen zur psychischen Belastung (HADS), Depressivität (BDI) und zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23) aus. 32 Items des VS-PsyB wurden Item- und Faktorenanalysen (PCA, oblimin) unterzogen. Die Faktoren wurden mit HADS, BDI und den 6 Skalen des FPTM-23 korreliert.

Ergebnisse

In den Faktorenanalysen wurden 3 interpretierbare Faktoren extrahiert. Diese entsprechen den Stadien „Indifferenz: Medizinische Behandlungsorientierung“ (4 Items, Alpha = .68), „Passive Verarbeitung“ (7 Items, Alpha = .81) und „Intention zum Handeln“ (13 Items, Alpha = .92). Das Stadium „Indifferenz“ kennzeichnet die Überzeugung des Patienten, dass ihm nur eine medikamentöse/ärztliche Behandlung hilft. „Passive Verarbeitung“ beschreibt eine Bewältigung psychischer Belastung durch Entspannung und Ablenkung. „Intention zum Handeln“ beschreibt die feste Absicht oder bereits unternommene Schritte aktiv mit psychi-

scher Belastung umzugehen (z.B. mit anderen Menschen darüber zu sprechen). Die Interkorrelationen der Stadien liegen zwischen $r=.31$ („Indifferenz“, „Intention zum Handeln“) und $r=.40$ („Indifferenz“, „Passive Verarbeitung“).

Bedeutsame Korrelationen mit den Maßen zur psychischen Belastung HADS ($r=.45$) und BDI ($r=.39$) zeigt das Stadium „Intention zum Handeln“. Das Stadium „Indifferenz“ korreliert deutlich geringer mit HADS und BDI ($r=.17$ bzw. $r=.18$) und das Stadium „Passive Verarbeitung“ negativ ($r=-.27$ bzw. $r=-.26$). In Bezug auf die Psychotherapiemotivation korreliert das Stadium „Intention zum Handeln“ insbesondere mit den FPTM-23-Subskalen „Psychischer Leidensdruck“ ($r=.50$) und „Initiative“ ($r=.47$), das Stadium „Indifferenz“ mit den Skalen „Symptombezogene Zuwendung“ ($r=.35$) und „Hoffnung“ ($r=-.33$) und das Stadium „Passive Verarbeitung“ mit „Symptombezogener Zuwendung“ ($r=.33$).

Diskussion

Das Konzept von fünf Veränderungsstadien hinsichtlich psychischer Belastung kann bei Patienten der medizinischen Rehabilitation nicht angewendet werden. Während das erste TTM-Stadium der Indifferenz bestätigt wurde, lassen sich „Intention zum Handeln“ und „Passive Verarbeitung“ nicht den zeitlich bestimmten Stadien „Vorbereitung“ oder „Aufrechterhaltung“ zuordnen. Sie beschreiben eher inhaltliche Unterschiede im Umgang mit psychischer Belastung. Aufgrund signifikanter mittlerer Zusammenhänge mit psychischer Belastung und Skalen der Psychotherapiemotivation ist das Stadium „Intention zum Handeln“ für die Indikation psychologischer Gespräche am bedeutsamsten. Die mittleren Korrelationen weisen aber auch darauf hin, dass ein aktives Angehen psychischer Belastung nicht zwingend mit einem erhöhten Ausmaß dieser Belastung oder einer erhöhten Psychotherapiemotivation zusammenhängt.

Die Aussagen des VS-PsyB können für konkrete Behandlungsentscheidungen genutzt werden, ob zunächst informierende Interventionen indiziert sind (bei „Indifferenz“) oder psychotherapeutische Gespräche im engeren Sinne geführt werden können (bei „Intention zum Handeln“).

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.
- Irle, H., Worringer, U., Korsukéwitz, C., Klosterhuis, H., Grünbeck, P. (2002): Erfassung und Behandlung psychischer Beeinträchtigungen in der somatisch-medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 41, 382-388.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 267-288.
- Veith, A. (1997): Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen. *Beiträge zur psychologischen Forschung*. Band 35. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Der Zusammenhang leichter kognitiver Einbußen und der subjektiven beruflichen Leistungsfähigkeit bei 50- bis 59-jährigen Patienten in stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Wagner, S. (1), Kaschel, R. (2), Paulsen, S. (2), Knickenberg, R. (3), Bleichner, F. (3), Beutel, M.E. (1)

(1) Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, (2) Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität Giessen, (3) Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale

Hintergrund

Leichte kognitive Einbußen wurden bisher überwiegend an älteren Menschen über 65 Jahren erforscht. In einer Studie wurde untersucht, wie häufig leichte kognitive Beeinträchtigungen bereits bei der Altersgruppe der 50- bis 59-jährigen auftreten und ob sich diese auch in der subjektiven beruflichen Leistungsfähigkeit widerspiegeln. Wie wir in vergangenen Studien (z. B. Beutel et al., 2004) zeigen konnten, besteht bei 50- bis 59-jährigen Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation ein hohes Maß an beruflicher Belastung in Bezug auf technologische Veränderungen und Umstrukturierungen am Arbeitsplatz. Geringgradige kognitive Einbußen können die berufliche Leistungsfähigkeit besonders bei neuen Anforderungen, wie etwa neu eingeführter EDV bzw. PC-Nutzung am Arbeitsplatz, deutlich beeinträchtigen. Auch bei schweren depressiven Störungen lassen sich häufig kognitive Leistungseinbußen nachweisen (Beblo, 2002). Während die Hypothese der "depressiven Pseudodemenz" impliziert, dass es sich gar nicht um "echte" kognitive Einbußen handelt, sondern lediglich um Begleiterscheinungen der Depression, zeigen neuere Studien, dass manche dieser Einbußen auch nach klinischer Besserung der Depression fortbestehen.

Methode

Mit Patienten der psychosomatischen Klinik Bad Neustadt/Saale wurde eine Testbatterie aus standardisierten kognitiven Testverfahren (Terminetest, CVLT, Mosaiktest, TAP, Turm von Hanoi) durchgeführt und sie wurden zur subjektiven Einschätzung ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit befragt. Die Depressivität wurde mittels Beck Depressionsinventar (BDI, Hautzinger, 1993) erhoben. Die Studienteilnehmer wurden drei MCI-Typen zugeordnet: Patienten mit reinen Gedächtnisstörungen, Teilnehmer mit Gedächtnisdefiziten und Einbußen in weiteren kognitiven Funktionen, sowie Patienten mit beeinträchtigten kognitiven Leistungsbereichen ohne Gedächtniseinbußen.

Ergebnisse

In die Auswertung gingen 124 Patienten ein. Bei 27 % dieser Personen traten leichte kognitive Einbußen auf. Reine Gedächtnisstörungen bestanden bei 13,7 %, Gedächtnisdefizite mit beeinträchtigten weiteren kognitiven Funktionen bei 5,6 % und Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen ohne Gedächtniseinbußen bei 8,1 %. Teilnehmer mit schwerer Depression waren lediglich in der selektiven Aufmerksamkeit in den Reaktionszeiten signifikant langsamer als diejenigen mit leichter/ohne Depression. Die beste Selbsteinschätzung der eigenen beruflichen Leistungsfähigkeit haben Patienten, die weder kognitive Einbußen haben, noch depressiv sind (d). Depressive schätzen sich selbst signifikant schlechter ein unab-

hängig davon, ob sie zusätzlich kognitive Einbußen haben (a) oder nicht (c). Personen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen ohne zusätzliche Depression empfinden es als schwierig unter Druck zu arbeiten, schätzen ihre berufliche Leistungsfähigkeit ansonsten aber gut ein.

Diskussion

Die hohe Anzahl an auffälligen Patienten in der Altersgruppe der 50- bis 59-jährigen unterstreicht, dass kognitive Abbauerscheinungen schon sehr viel früher beginnen, als bisherige Studien vermuten lassen. Im Gegensatz zu Studien, die bei Depressiven zum Teil weitreichende kognitive Einbußen erbrachten, waren diese in unserer Studie lediglich in den Reaktionszeiten bei der selektiven Aufmerksamkeit langsamer als nicht/leicht depressive Teilnehmer. Dies bedeutet aber nicht, dass bei einer Dauerbeanspruchung keine Defizite manifest werden. Wie zu erwarten, wurde die subjektive Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit erheblich durch die Depressivität beeinträchtigt. Auch leichte kognitive Einbußen beeinflussen die berufliche Leistungsfähigkeit. Eventuell gleichzeitig auftretende Depressionen erschweren die Anpassung noch zusätzlich.

Die beeinträchtigten geistigen Funktionsbereiche von Patienten mit leichten kognitiven Einbußen sind möglicherweise in dieser frühen Phase noch gut durch kognitive Trainingsmaßnahmen kompensierbar. Geeignete Trainingsprogramme könnten die berufliche Leistungsfähigkeit der Betroffenen erhalten oder verbessern, und ein Abgleiten in eine Demenz hinauszögern. Leider existieren derzeit nur wenige Studien zur Wirksamkeit kognitiver Trainingsprogramme bei Patienten mit leichten kognitiven Einbußen, besonders bei Patienten unter 65 Jahren.

Literatur

- Beblo, T. (2002): Die Relevanz neuropsychologischer Untersuchungen bei Depression im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 35: 111-117.
- Beutel, M.E. et al. (2004): Verminderung von Technologieängsten in der psychosomatischen Rehabilitation - Konzepte und Ergebnisse zu einem Computertraining für ältere Arbeitnehmer. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37: 221-230.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1993): Beck Depressions Inventar (BDI) - Handanweisung. Huber Verlag, Bern.

Raucherentwöhnung bei alkoholabhängigen Patienten: Ein Paradigmenwechsel kündigt sich an

Wallroth, M., Schneider, B., Buschmann, H.C.

Fachklinik Bad Tönisstein, Andernach

Die Fokussierung der Tabakentwöhnung im Rahmen einer Alkoholentwöhnung ist notwendig, da die tabakassoziierten Schädigungen gerade für Suchtpatienten lange unterschätzt wurden und auch das Abhängigkeitspotential des Tabakkonsums im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung zu wenig Beachtung fand. Dazu ist es notwendig, die lange gehegte, aber nie bewiesene Auffassung: „die gleichzeitige Aufgabe von Alkoholkonsum und Nikotinkonsum stellt eine Überforderung dar“ aufzubrechen (vgl. die gegenteiligen empirischen Befun-

de in Hurt et al., 1994 und Bobo et al., 1998). Beschrieben wird im folgenden, wie ein Raucherentwöhnungsprogramm für alle tabakabhängigen Patienten einer Alkoholentwöhnungsbehandlung eingeführt und in seinen Effekten evaluiert wird. Die Evaluation der Raucherentwöhnung erstreckt sich dabei über drei Messzeitpunkte und die differentiellen Effekte in der Ergebnisqualität der Gesamtrehabilitation können nach drei Gruppen unterschieden werden: Raucher, die in der Rehabilitation ihr Rauchverhalten reduziert bzw. beendet haben, Raucher ohne Veränderung des Rauchverhaltens und Nichtraucher.

Folgende Gründe sprechen für die Implementierung eines verbindlichen Raucherentwöhnungsprogramms in der Alkoholentwöhnungsbehandlung:

In der Gruppe der Alkoholabhängigen findet sich mit 80 % Tabakabhängigen, ein viel höhere Zahl bzgl. dieser Störung als in der Gesamtbevölkerung (30 - 40 %). Bezogen auf das Individuum, aber auch gesellschaftlich betrachtet, ist Tabak gerade für die körperliche Gesundheit das gefährlichste Suchtmittel, was z. B. durch 110.000 Tabaktote im Jahr zum Ausdruck kommt (Batra, Buchkremer, 2004).

- Die somatischen Störungen des Tabakkonsums werden durch den gleichzeitigen Konsum von Alkohol in der Regel potenziert (Miller, Gold, 1998).
- Im Verlauf und Erleben der Alkohol- und Tabakabhängigkeit finden sich zahlreiche Parallelen im phänomenologischen Bereich, evtl. kann sogar von parallelen Suchtstrukturen bis hin zu den zugrunde liegenden biochemischen Prozessen ausgegangen werden.
- Zwischen beiden Abhängigkeiten lassen sich nicht nur Parallelen feststellen, sondern es muss auch im Suchtpotential, dem Suchterleben und dem Suchtverhalten von einer gegenseitigen Verstärkung der beiden Abhängigkeiten ausgegangen werden. Dies würde auch die berichteten empirischen Befunde erklären, nach denen durch das Einstellen des Konsums beider Suchtmittel – entgegen des landläufigen Stereotyps – die Abstinenzprognose für beide Abhängigkeiten eher verbessert wird (s. o.).

Ausgehend von dieser Begründung wurde ein umfangreiches Raucherentwöhnungsprogramm in der Fachklinik Bad Tönisstein eingeführt, das neben den üblichen verhaltensorientierten Trainings auch zahlreiche Regelungen und flankierende Maßnahmen im gesamten Rehabilitationsprozesses umfasst.

Zur Evaluation dieser Maßnahme auch in Bezug auf die Effekte des gesamten Rehabilitationsergebnisses wurden die Erfassung der Verlaufs- und Ergebnisqualität um tabakspezifische Daten erweitert. Zu Beginn der Rehabilitation wird eine um die Nikotinabhängigkeit erweiterte Basisdokumentation Sucht eingesetzt. Die unmittelbaren Effekte der Rehabilitation werden in einem Entlassfragebogen am Ende der Therapie erhoben und eine katamnestiche Erhebung findet ein Jahr nach der Behandlung statt. Zur Differenzierung der Ergebnisse lassen sich die abhängigen Variablen (differenzierte Erfolgsmaße der Rehabilitation, einschließlich beruflicher Wiedereingliederung) in drei Gruppen unterscheiden: Raucher ohne Veränderung ihres Rauchverhaltens, Raucher mit reduziertem Konsum und Rauchstop und Nichtraucher.

Die Ergebnisse der zur Zeit noch laufenden Untersuchung (N bisher 600) zeigen bereits, dass trotz schwieriger motivationaler Ausgangssituation (62 % der Rehabilitanden wollen keine Veränderung ihres Rauchverhaltens) deutliche Erfolge in der Reduktion des Rauchverhaltens erzielt werden, z. B. beenden 7 % der Rehabilitanden ihren Nikotinkonsum voll-

ständig. Die positiven Effekte lassen sich auch nach einem einjährigen Katamnesezeitraum nachweisen. Die stärkere Fokussierung der Alkoholentwöhnung auf die Tabakentwöhnung hat generalisierend positive Effekte im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsbewusstseins, keinesfalls lassen sich die häufig befürchteten negativen Effekte im Sinne einer Überforderung erkennen.

Literaturverzeichnis

- Batra, A., Buchkremer, G., 2004: Tabakentwöhnung. Ein Leitfadens für Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bobo, J.K., McIlvain, H.E., Lando, H.A., Walker, R.D., Leed-Kelly, A., 1998: Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: findings from a randomized community intervention trial. *Addiction*, 93, S. 877-87.
- Hurt, R.D., Eberman, K.M., Croghan, I.T. (1994). Nicotine dependence treatment during inpatient treatments for other addictions: a prospective intervention trial. *Alcohol Clin Exp Res*, 18, S. 867-72.
- Miller, N.S. und Gold, N.S., 1998: Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment. *J Addict Dis*, 17, S. 55-66.

Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik

Zielke, M. (1), Borgart, E.J. (2), Carls, W. (3), Herder, F. (1), Lebenhagen, J. (4), Leidig, S. (5), Limbacher, K. (5), Meermann, R. (2), Reschenberg, I. (4), Schwickerath, J. (3)

(1) Wissenschaftsrat der AHG AG, Düsseldorf, (2) Psychosomatische Fachklinik Bad Pyrmont, (3) Klinik Berus, Überherrn-Berus, (4) DAK Fachgruppe Vorsorge/Rehabilitation Hamburg, (5) Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim

Problemstellung

Aktuelle Analysen zum Krankheitsgeschehen in Deutschland (DAK, 2004) weisen aus, dass bei insgesamt rückläufigen Krankenständen ein nahezu kontinuierlicher Anstieg der anteiligen Bedeutung psychischer Erkrankungen in den letzten 10 Jahren zu verzeichnen ist. Allerdings fehlen aktuelle systematische Untersuchungen über das tatsächliche Krankheitsverhalten dieser PatientInnen und deren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems („Ressourcenverbrauch“) im Vorfeld psychotherapeutischer Behandlungen und vor allem darüber, in welcher Ausprägung dieses Krankheitsverhalten durch gezielte verhaltensmedizinische Interventionen langfristig verändert werden kann.

Methode

In einer Multicenterstudie unter Beteiligung von drei psychosomatischen Fachkliniken (Bad Dürkheim, Bad Pyrmont und Berus) und in enger Kooperation mit der DAK-Hauptverwaltung in Hamburg wurden 338 Patienten in einem Zeitraum von zwei Jahren vor der Behandlung, zur stationären Aufnahme, zur Entlassung und zwei Jahre nach der Behandlung in Bezug auf ihren Ressourcenverbrauch untersucht. Hauptziele des verhaltenstherapeutischen Ansatzes der medizinischen Rehabilitation sind eine gesundheitliche Stabilisierung der Patienten und Patientinnen und eine Veränderung des Krankheitsverhaltens.

Ergebnisse

Im Vergleich der Beobachtungszeiträume von zwei Jahren vor der Behandlung und zwei Jahre nach der Behandlung zeigte sich, dass es den Patienten möglich war, ein verändertes Krankheitsverhalten in ihrer häuslichen und beruflichen Realität umzusetzen. Die Krankheitstage gingen um 62,3 % zurück und der einzelne Krankheitsfall gestaltete sich in der Nachuntersuchung wesentlich kürzer. Ein wesentlicher Rückgang war bei den Tagen von Krankengeldzahlungen zu verzeichnen. Da besonders die langen Krankheitsfälle seltener vorkamen, reduzierte sich der Umfang um 71,5 %. Die Tage mit Lohnfortzahlungen durch den Arbeitgeber verminderten sich um 41,5 % und die Produktivitätsverluste durch die Krankschreibungen gingen um 71,5 % zurück. Die Patienten wurden im Nachuntersuchungszeitraum seltener in ein Akutkrankenhaus eingewiesen und wurden auch dort schneller wieder entlassen. In der ambulanten ärztlichen Versorgung wurden weniger akutmedizinische Kontakte absolviert und der Konsum an Medikamenten zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Problemstellungen ging um 40,0 % zurück.

Die Patienten sind auch zwei Jahre nach der stationären Verhaltenstherapie gesundheitlich deutlich stabilisiert, sie sind seltener krank und im Krankheitsfalle schneller wieder gesund.

Zur ökonomischen Bewertung dieser Veränderungen wurden auch die Krankheitskosten im Zeitraum von zwei Jahren vor einer stationären Rehabilitation und zwei Jahre nach einer Behandlung erhoben.

Die Kosten für die traditionelle medizinische (Fehl-) Behandlung in einem Zeitraum von zwei Jahren vor der Therapie beliefen sich auf 39.769 € je Fall bei erwerbstätigen Patienten.

Die Abnahme der Krankheitskosten in einem zweijährigen Nachuntersuchungszeitraum betrug 21.554 € (minus 54,2 %).

Die um 21.554,60 € je Patient verminderten Krankheitskosten müssen in Relation gesetzt werden zu den Kosten der stationären verhaltensmedizinischen psychosomatischen Behandlungen. Bei einem durchschnittlichen Pflegesatz von 110 € pro Behandlungstag und einer mittleren Aufenthaltsdauer von 51,60 Tagen in der psychosomatischen Klinik kostet die stationäre Behandlung und Rehabilitation 5.676 € pro Patient. Unter Einbeziehung aller Kostenfaktoren und der erreichten Reduktion der Krankheitskosten in der Katamnese in Höhe von 21.554 € ergibt sich bei stationären Behandlungskosten (Investition) eine Kosten-Nutzen-Relation und 1: 3,79. Das bedeutet, dass bei einer Investition von 1 € in die stationäre psychosomatische Behandlung und Rehabilitation eine Reduktion der Krankheitskosten und der Krankheitsfolgekosten von € 3,79 erzeugt wird.

Diskussion und Bewertung

Die Projektverantwortlichen (DAK, die ärztlichen und therapeutischen Klinikleitungen und die Forscher) kommen zu dem Schluss, dass ergebnisorientierte Behandlungskonzepte der Verhaltensmedizin und der medizinischen Rehabilitation bei psychosomatisch erkrankten Patienten mit teilweise langen Behandlungskarrieren in ihrer Vorgeschichte sowohl individuell helfen als auch gesundheitsökonomisch Sinn machen.

Die Patienten und Patientinnen haben zwei Jahre nach der stationären Therapie ihr Krankheitsverhalten wesentlich verändert. Sie haben gelernt, Problemlösungen aktiv anzugehen;

dies macht sie unabhängiger von medizinischen Versorgungssystem, sodass auch der Ressourcenverbrauch wesentlich vermindert werden konnte.

Literatur

- Wittmann, W.W., Nübling, R., Schmidt, J. 2002: Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evaluation, 1, S. 39-60.
- Zielke, M., Borgart, E.J., Carls, W., Herder, F., Lehenhagen, J., Leidig, S., Limbacher, K., Meermann, R., Reschenberg, I., Schwickerath, J. 2004: Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Lengerich, Pabst Science Publishers.

Behandlungsdauer und Ergebnisqualität in der stationären Psychosomatik: Ergebnisse langfristiger Prozessanalysen

Zielke, M. (1), Wittmann, W.W. (2), Stapel, M. (1)

(1) Wissenschaftsrat der AHG AG Düsseldorf, (2) Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Mannheim

Problemstellung

Im Verlauf der letzten 15 Jahre wurde die Verweildauer in der stationären medizinischen Rehabilitation von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen erheblich verkürzt. Diese Entwicklung mit einem weiteren Rückgang der Behandlungszeiten setzt sich auch innerhalb der zurückliegenden 5 Jahre ungehindert fort. Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von möglichen konzeptionellen Optimierungen der Rehabilitationskonzepte über die Herabsetzung klinikbezogener Durchschnittskontingente bis zur Deckelung des Ausgabenbudgets für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Wenn man die fehlende wissenschaftliche Bearbeitung des Themas und die wenigen öffentlichen Reaktionen von Versorgungseinrichtungen ins Blickfeld rückt, scheinen die Verkürzungen der Behandlungszeiten problemlos umzusetzen zu sein. Es entsteht der Eindruck, dass z.B. Verkürzungen der stationären Behandlungszeiten von bis zu 40 % bei den Essstörungen seit 1990 ohne Einbußen bei der Ergebnisqualität möglich geworden sind. Bei der Untersuchung von Jahrgangsstichproben von Behandlungsverläufen erweist sich die Behandlungsdauer lediglich bei spezifischen Problemkonstellationen als Prädiktor für das Behandlungsergebnis (Zielke et al., 1995). Zur Analyse und Bewertung von Zusammenhängen zwischen den Veränderungen der Behandlungsdauer und den Veränderungen bei den Behandlungsergebnissen ist es erforderlich, Zeitreihen über mehrere Behandlungsjahrgänge hinweg zu untersuchen.

Methode

Basis der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen der Behandlungsdauer und der Ergebnisqualität in der stationären Psychosomatik sind die Behandlungsverläufe und deren sozialmedizinische Parameter und Prognosen von insgesamt 42.441 Patienten und Patientinnen, die sich im Zeitraum zwischen 1988 und dem Behandlungsjahrgang 2002 in stationärer psychosomatischer Behandlung und Rehabilitation befunden haben. Da von differenziellen Behandlungsdauern bei einzelnen Erkrankungsgruppen auszugehen ist, wurden separate Berechnungen für die Indikationsgruppen Essstörungen (F 50 N=4.485), affektive

Störungen (F 30 N= 16.375) Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen (F 43 N= 12.119) sowie für Angststörungen (F 40-F41 N= 9.462) durchgeführt. Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Behandlungsdauer und dem Behandlungsergebnis erfolgte auf zwei Wegen: 1) Mit den Verlaufsdaten der Behandlungsjahrgänge 2001 und 2002 (N=3.909 Patienten) wurde eine Prädiktorenanalyse unter Verwendung von 15 sozialmedizinisch relevanten Prädiktoren durchgeführt (Hierarchische Segmentationsanalyse CHAID) zur Vorhersage des Ergebniskriteriums „Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ (von der Aufnahme zur Entlassung). 2) Auf der Grundlage der Basisdokumentationen wurden die Ergebniseinschätzungen der stationären Behandler als Veränderungskriterien verwendet und die korrespondierenden fallbezogenen Behandlungszeiten ermittelt. Ausgehend vom Behandlungsjahrgang 1988 wurden die standardisierten Mittelwertsdifferenzen der Verweildauer berechnet (1988 minus 1989; 1988 minus 1990 usw. bis 1988 minus 2002). Parallel dazu wurden die Differenzen der standardisierten Ergebniseinschätzungen der stationären Behandler ausgehend vom Behandlungsjahrgang 1988 gebildet und korrelative Zusammenhänge der gefundenen Mittelwertsdifferenzen (Behandlungsdauer und Ergebniseinschätzungen) berechnet. Zur Kontrastierung wurden sozialmedizinische Parameter gesucht, die sowohl mit der Behandlungsdauer und dem Behandlungsergebnis interagieren, jedoch über den Zeitverlauf seit 1988 weitgehend konstant geblieben sind.

Ergebnisse

In der hierarchischen Segmentationsanalyse erweist sich das Lebensalter als bester Prädiktor zur Erlangung der Arbeitsfähigkeit mit den differenziellen Klassen „bis 20 Jahre“, „21 bis 30 Jahre“, „31 bis 50 Jahre“ und „über 51 Jahre“. Auf der zweiten Vorhersageebene (zweitbeste Prädiktor) ergibt sich bei den Altersgruppen ab 31 Jahren die „Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme“ als relevantes Vorhersagekriterium. In der Altersgruppe „21 bis 30 Jahre“ ist die stationäre Verweildauer von entscheidender Bedeutung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Bei einer Verweildauer von bis zu 5 Wochen beträgt die Wiederherstellungsquote 39,25 % und bei einer Verweildauer von über 5 Wochen steigt der Anteil der PatientInnen, die als verändert arbeitsfähig entlassen werden, auf 63,03 %. Die langfristigen Verlaufsanalysen zeigen seit 1988 eine Verminderung bei den erfolgreichen Behandlungsergebnissen (mit unterschiedlicher Ausprägung bei den einzelnen Diagnosegruppen) und eine Verkürzung der Behandlungszeiten von z.B. 90 Tagen bei Essstörungen im Jahre 1988 auf 50 Tage im Behandlungsjahrgang 2002. Die Krankheitsdauer der Patienten vor Beginn der stationären Behandlung und Rehabilitation (Dauer seit Erstmanifestation) bleibt mit einer Schwankungsbreite zwischen 7 und 8 Jahren im Untersuchungszeitraum konstant. Die Zusammenhänge zwischen den standardisierten Mittelwertsdifferenzen der Behandlungsdauer und den Ergebniseinschätzungen sind unter Berücksichtigung desselben Jahrgangs (z. B. Differenz Verweildauer 1989 minus 1988 und Differenz Behandlungsergebnis 1989 minus 1988) über alle Jahrgangsentwicklungen bis 2002 hochsignifikant (z.B. bei den Essstörungen $r=0.564$ $p<0.01$). Bei allen untersuchten Indikationsgruppen zeigen sich eindeutige Zusammenhänge zwischen einer Verkürzung der stationären Verweildauer und einer Minderung der Behandlungsergebnisse, wenn man solche Zusammenhangsanalysen auf der Basis langfristiger Prozessdaten durchführt.

Bewertung

Die hierarchische Segmentationsanalyse zur Vorhersage des Behandlungsergebnisses (Behandlungsjahrgänge 2001 und 2002) zeigt, dass insbesondere in der jüngeren Altersgruppe der 21- bis 30-Jährigen der Behandlungserfolg ganz wesentlich von der Behandlungsdauer abhängt und bei längerer Behandlungsdauer nahezu verdoppelt werden kann. Wenn man Zeitreihen von stationären Behandlungen über längere Zeiträume verfolgen kann, sprechen die gefundenen Ergebnisse dafür, dass die eingetretenen bzw. vorgenommenen Verkürzungen der stationären Behandlungsdauern seit 1988 nicht ohne Folgen für die fallbezogenen Behandlungsergebnisse geblieben sind. Eine stärkere Berücksichtigung der Behandlungsergebnisse und deren Veränderungen muss eine Diskussion zur Abwägung der Wertigkeit des Verhältnisses zwischen der monetären Bewertung der Behandlungsdauer und dem jeweils erreichbaren Behandlungsergebnis zur Folge haben. Abschließend wird darauf hingewiesen, dass Ergebnisse der Versorgungsforschung immer unter dem Blickwinkel der involvierten „Stakeholder“ bewertet werden müssen, die möglicherweise unterschiedliche „Stakeholderinteressen“ haben. Weiterhin wird empfohlen, datenbasierte differenzielle Behandlungsfallgruppen in der Psychosomatik zu entwickeln und zu beschreiben, bei denen stärker als bisher die Behandlungsergebnisse in den Vordergrund gerückt werden sollten.

Literatur

- Wittmann, W.W. (2003): Effektivität und Effizienz der medizinischen Rehabilitation von psychosomatischen Erkrankungen unter gesundheitsökonomischen Perspektiven aus dem Blickwinkel verschiedener Stakeholder. Expertentagung „Gesundheitsökonomie in der psychosomatischen Rehabilitation“ am 3. Dezember 2003 in Düsseldorf
- Wittmann, W.W., Nübling, R., Schmidt, J. (2002): Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen, Zeitschrift für Evaluation, 1, 39-60.
- Zielke, M., Dehmlow, A., Broda, M., Carls, W., Höhn, U., Jahrreiss, R., von Keyserlingk, H., Kosarz, P., Limbacher, K., Meermann, R., Missel, P., Schuhler, P., Siegried, J., Sobottka, B. (1995): Ermittlung prognostischer Indikatoren für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf der stationären Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 30, 139-147.
- Zielke, M., Dehmlow, A., Wülbeck, B., Limbacher, K. (1997): Einflußfaktoren auf die Behandlungsdauer bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in der stationären Verhaltenstherapie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 37,22-56.

Effektivität und Effizienz der stationären Behandlung psychisch Kranker - Vergleich zwischen den Versorgungssektoren Rehabilitation und Akutpsychosomatik

Nübling, R. (1), Löschmann, C. (1), Steffanowski, A. (1), Wittmann, W.W. (2)
(1) eqs.-Institut Karlsruhe, (2) Universität Mannheim, Lehrstuhl Psychologie II

Einleitung

Empirische Evaluationsstudien belegen die Bedeutung der psychosomatischen Rehabilitation (vgl. z.B. Nübling et al., 1999; 2000; Schmidt et al., 2000; 2003; Wittmann et al., 2002). Auch die Effektivität der Akutpsychosomatik ist gut nachweisbar (vgl. z.B. Beutel et al., 2004; Franz et al., 2000; Junge & Ahrens, 1996; Junkert-Tress et al., 1999). Aspekte der differentiellen Indikation sowie der differentiellen Kosten-Ergebnis-Relation wurden bislang nicht untersucht. Im folgenden wird ein erster Vergleich zwischen den Versorgungsbereichen durchgeführt.

Methodik

Für den Vergleich wurden Ergebnisse eigener Studien sowie aktuelle Arbeiten aus der Akutversorgung herangezogen (vgl. Tab. 1). Effektstärken wurden einheitlich nach der Formel $(MWP_{\text{Prä}} - MWP_{\text{Post}})/s_{\text{Prä}}$ verwendet.

Tabelle 1: Verlaufsstudien Psychosomatische Rehabilitation und Akutpsychosomatik

	Studie	n	Publikationen (Auswahl)
R1	Bad Herrenalber Katamnese-Studie	317	Nübling et al., 2000
R2	EQUA-Studie	858	Schmidt et al., 2003
R3	INDIKA-Studie (Teilstichprobe Psychosomatik)	274	Nübling et al., 2004a
	Gesamt	1449	
A1	Studie „Stationäre Kurz- und Langzeittherapie“ ¹	164	Beutel et al., 2004
A2	Studie „Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie“	495	Franz et al., 2000
A3	Studie „Stationäre psychosomatische Behandlung“	164	Junge und Ahrens, 1996
A4	Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt	82	Junkert-Tress et al., 1999
	Gesamt	905	

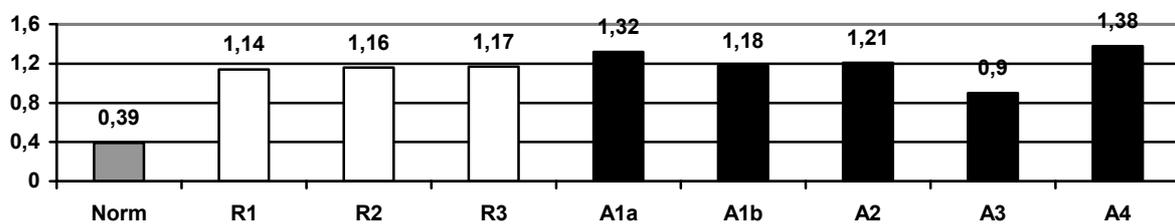
R1-3: Psychosomatische Rehabilitation; A1-4: Akutpsychosomatik; 1) A1a = Gruppe Langzeittherapie, A1b = Gruppe Kurzzeittherapie

Ergebnisse

Vergleichbarkeit der Stichproben: Hinsichtlich diagnostischer Klassifikation ergeben sich zwischen den Versorgungsbereichen z.T. größere Unterschiede. Zur Einschätzung des Grades der psychischen Beeinträchtigung wurde der in allen Studien erhobene Schweregrad-Index (GSI) der SCL-90-R sowie der BSS verwendet. Abb. 1 zeigt die Ausprägung im GSI bei Behandlungsbeginn. Während sich die klinischen Stichproben deutlich von der Norm im Sinne hoher psychischer Beeinträchtigung unterscheiden, ergeben sich zwischen den Versorgungsbereichen hingegen im Mittel kaum Unterschiede. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch für den BSS.

Abbildung 1

Psychische Beeinträchtigung (GSI), Behandlungsbeginn, Norm vs. Psychosomatische Rehabilitation (R) und Akutpsychosomatik (A).

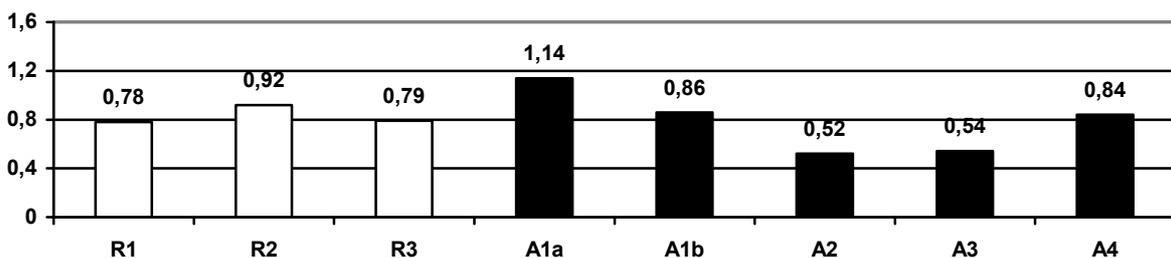


Vergleich der Behandlungseffekte

Den Vergleich der Effektstärken für das Kriterium GSI zeigt Abbildung 2. Für beide Versorgungsbereiche werden meist hohe bis sehr hohe Effektstärken berichtet ($ES \geq .80$). Zwei der Studien aus dem Akutbereich weisen mittlere Effektstärken auf ($ES \geq .40$).

Abbildung 2

Effektstärken für GSI, Beginn vs. Ende stationärer psychosomatischer Behandlung, Psychosomatische Rehabilitation (R) und Akutpsychosomatik (A).



Verhältnis Behandlungseffekte und Kosten der Behandlungen

An anderer Stelle haben wir vorgeschlagen (Nübling et al., 2004b), Effektstärkemaße mit der Behandlungsdauer und dem Pflegesatz in Beziehung zu setzen. In der Modellrechnung, die auf den genannten Studien basiert, werden die Kosten auf eine standardisierte Effektstärke von $ES=1,00$ umgerechnet (vgl. Tab. 2). Dabei wird deutlich, dass die Relation zwischen Kosten und Ergebnis sehr unterschiedlich ausfallen kann.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Untersuchung gibt Hinweise darauf, dass sich Reha-Patienten von Patienten der Akutpsychosomatik weniger unterscheiden, als angenommen. Es bestehen zwar Unterschiede hinsichtlich der diagnostischen Klassifikation, diese zeigen sich demgegenüber aber weder in der Psychometrie (GSI) noch in der Fremdeinschätzung (BSS). Auch bzgl. Effektivität der Behandlungen ist die Psychosomatische Rehabilitation mit der Akutpsychosomatik vergleichbar. Insgesamt können in beiden Versorgungsbereichen mittlere bis hohe Effektstärken nachgewiesen werden, was die Stellung der Psychosomatik (sowohl Reha als auch Akut) in der Gesundheitsversorgung unterstreicht. Demgegenüber bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen hinsichtlich Effizienz. Die Hochrechnung der Kosten auf einen - „imaginären“ - einheitlichen Behandlungseffekt (Effektstärke = 1,0 für alle Studien) ergibt einen Range von ca. 6.500 € bis ca. 30.000 €. Dies bedeutet, dass eine Behandlung bei gleichem Effekt bis zu 4,6 x soviel kosten kann. Das durchschnittliche Verhältnis Reha- zu Akutpsychosomatik beträgt für diese Studien 1:2,5. Die berichteten Daten wurden explorativ ausgewählt, die Ergebnisse sind (noch) nicht verallgemeinerbar. Auf der Grundlage einer Metaanalyse psychosomatischer Rehabilitation (Löschmann et al., 2004) wird in einem nächsten Schritt ein systematischer Vergleich mit Studien der Akutversorgung vorgenommen. Mögliche Konsequenzen für die Optimierung der Zuweisungssteuerung bzw. den Akutstatus von Reha-Kliniken werden diskutiert.

Tabelle 2: Standardisierte Kosten für ES=1,0, einheitliches Kriterium, hier GSI (A-E-Vergleich) Reha- vs Akutpsychosomatik; Modellrechnung.

Studie	Behandlungsdauer (Tage)	ES	Tagesatz € (ca.) ²	Gesamtkosten je Patient ³	Kosten je Patient für ES = 1.0			
					0	10	20	30
Psychosomatische Rehabilitation					0	10	20	30
R1	49,6	0,78		5208,00	6.676,90			
R2	57,9	0,92	105,--	6079,50	6.608,15			
R3	48,5	0,79		5092,50	6.446,20			
Akutpsychosomatik								
A1a	81,9	1,14		16.380,00	14.368,42			
A1b	31,5	0,86		6.300,00	7.325,58			
A2	66,8	0,52	200,--	13.300,00	25.576,92			
A3	k.A. ¹	0,54		8.000,00	14.814,81			
A4	126,6	0,84		25.320,00	30.142,85			

6. Bei der Studie wurden keine Angaben gemacht. Da es sich um ein Kurzzeittherapieprojekt handelt, wurde als Schätzung eine mittlere Behandlungsdauer von 40 Tagen zu Grunde gelegt.

Für Psychosomatische Reha: durchschnittliche IST-Werte, für Akut: Schätzwerte.

Durchschnittliche Behandlungsdauer x Tagessatz (€).

Literatur

- Beutel, M. et al., (2004): Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie - Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren. Unveröff. Manuskript, Gießen.
- Franz, M. et al., (2000): Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - eine Multicenterstudie. Zts. Psychosom Med, 46, 242-258.
- Junge, A., Ahrens, S. (1996): Stationäre psychosomatische Behandlung - Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. PPmP, 46, 430-437.
- Junkert-Tress, B. et al., (1999): Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapieprojekt. PPmP, 49, 142-152.
- Löschmann, C. et al., (2004): Metaanalyse der Effekte stationärer Psychosomatischer Rehabilitation. Unveröff. Abschlußbericht, Karlsruhe/Mannheim.
- Nübling, R. et al., (2004a): Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation. Regensburg: Roderer.
- Nübling, R. et al., (2004b): Effektivität und Effizienz psychosomatischer Rehabilitation am Beispiel einer multizentrischen Studie zur Erfassung der Ergebnisqualität (EQUA-Studie). DRV-Schriften, Band 52, 539-541. Frankfurt: VDR.
- Nübling, R., et al., (2000): Stationäre psychosomatische Rehabilitation in der Klinik Bad Herrenalb: Erste Ergebnisse einer Katamnesestudie. In Bassler, M., (Hrsg), Leitlinien zur stationären Psychotherapie, 274-300. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Nübling, R. et al., (1999): Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. PPmP Psychother Psychosom med Psychol, 49, 343-353.
- Schmidt, J. et al., (2000): Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation auf der Basis von fünf Programmevaluationsstudien. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 13, Heft 52, 32-47.
- Schmidt, J. et al., (2003): Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Regensburg: Roderer.
- Wittmann, W.W. et al., (2002): Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evaluation, 1, 39-60.

Patienten- und Angehörigenschulung bei Neurodermitis: Ergebnisse der ½-Jahreskatamnese des prospektiven multizentrischen Modellvorhabens zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit atopischem Ekzem

Schmid-Ott, G., Werfel, T., Gieler, U., Kupfer, J. und German randomized intervention multicenter study (GRIMS) group
Medizinische Hochschule Hannover

Einleitung

Das Ziel dieser Studie ist die Überprüfung der Wirksamkeit einer Patientenschulung von Kindern und Jugendlichen mit Atopischer Dermatitis bzw. deren Eltern mit Hilfe eines Wartegruppenkontrolldesigns.

Methoden

Das Programm umfasste eine Elternschulung von Kindern (0-7 Jahre, n=258), eine Eltern- und Kinderschulung (Kinder 8-12 Jahre, n=73) und eine Schulung von Jugendlichen (ab 13 Jahre, n=49). Die verschiedenen Skalen etablierter hautspezifischer Fragebögen wurden zu Studienbeginn und nach einem halben Jahr erhoben und mit Hilfe von Kovarianzanalysen verglichen.

Ergebnisse

Bei der Elternschulung (0-7 und 8-12 Jahre) ergaben sich folgende Effekte in den Schulungsgruppen: Reduktion des objektiven Schweregrades sowie bei den Eltern eine Wissenssteigerung, eine erhöhte Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und ein verbesserter Umgang mit der Erkrankung. Bei den geschulten Kindern (8-12 Jahre) und Jugendlichen (13-18 Jahre) fand sich eine Verbesserung des subjektiven Schweregrades, eine Verringerung von sozialen Ängsten und katastrophisierender Empfindung bzgl. des Juckreizes. Außerdem konnte eine Wissenssteigerung bei den geschulten Kindern (8-12 Jahre) nachgewiesen werden.

Diskussion

Die Untersuchungsergebnisse sprechen für eine Effektivität der Patientenschulungen im Rahmen des Multicenterprojekts in Bezug auf relevante medizinische bzw. psychische Parameter.

Allgemeine und störungsspezifische Effektivität psychosomatischer Rehabilitation - Ergebnisse einer multizentrischen Studie

Steffanowski, A. (1), Löschmann, C. (1), Wittmann, W.W. (2), Schmidt, J. (3), Nübling, R. (1)
(1) eqs.-Institut Karlsruhe, (2) Universität Mannheim, Lehrstuhl Psychologie II, (3) Lauf/Bühl

Einleitung

Im Bereich der wissenschaftlichen Ergebnisevaluation besteht Konsens darüber, dass die Datenerhebung multidimensional (bio-psycho-sozialer Ansatz), multimodal (Einbeziehung von Selbst- und Fremdanfragen) und multimethodal (unterschiedliche Strategien der Ergebnismessung) erfolgen sollte (Kordy, Kächele, 1996). In diesem Beitrag wird eine aktuelle und hinsichtlich der genannten methodischen Aspekte umfassende multizentrische Studie im Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation (EQUA-Studie; Schmidt, Steffanowski et al., 2003) berichtet. Hierbei wird eine Differenzierung der Behandlungsergebnisse für die häufigsten Diagnosegruppen vorgenommen. Unter Symmetriegesichtspunkten (Wittmann, 1990) ist davon auszugehen, dass die Effektgrößen einer bestimmten Indikationsgruppe auf den jeweils korrespondierenden störungsspezifischen Skalen besonders hoch ausfallen.

Methodik

Insgesamt wurden 858 Rehabilitanden in vier psychosomatischen Fachkliniken zu drei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 1-Jahres-Katamnese) befragt. Neben Selbstan-

gaben der Patienten wurden auch Fremdbeurteilungen erhoben. Im Sinne des Krankheitsfolgenmodells der WHO sowie des modernen Rehabilitationsbegriffs (Delbrück & Haupt, 1998) gingen bio-psycho-soziale Daten zur subjektiven Gesundheit, zur Lebenszufriedenheit, zur Alltagsbewältigung sowie sozialmedizinische Daten in die EQUA-Studie ein. Zur Abbildung der Behandlungseffekte im Rahmen von Prä-Post-Vergleichen wurden Effektstärken nach der Formel $(M_{Prä} - M_{Post}) / SD_{Prä}$ berechnet.

Ergebnisse

In der untersuchten Stichprobe (N = 858) liegt der Frauenanteil bei 56,8 %, der Altersdurchschnitt beträgt 43,8 (SD=10,6) Jahre. Hinsichtlich Bildungsgrad haben 36,0 % der Patienten einen Hauptschulabschluß, 27,0 % mittlere Reife und 37,0 % (Fach-)Abitur. Die Rehabilitanden verbrachten im Durchschnitt 49,6 Tage in der Klinik (SD=17,7). Kostenträger war mit einem Anteil von 68,8 % überwiegend die GRV. Als häufigste Hauptdiagnose (ICD-10) wurden depressive (35,9 %) und Anpassungsstörungen (32,5%), gefolgt von Angst- (10,7 %) und somatoformen Störungen bzw. körperlichen Erkrankungen (insgesamt 9,0 %) festgestellt. Für diese vier Untergruppen werden gesonderte Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese berichtet, an der sich insgesamt 569 Patienten (66,3 %) beteiligten.

Die Effektgrößen (ES) für den Vergleich zwischen Aufnahme-Messung und 1-Jahres-Katamnese sind in Tabelle 1 wiedergegeben. Berechnet man den Durchschnittswert über alle 19 Einzelaspekte, so ergibt sich eine Gesamteffektgröße von 0,45. Zwischen den vier untersuchten diagnostischen Gruppen bestehen bezüglich dieses gemittelten Wertes nur geringe Unterschiede. Es fällt auf, dass bei depressiven Patienten (ES = 0,53) bzw. Angstpatienten (ES = 0,50) ein leichter Trend zu etwas größeren Effekten besteht als bei Patienten mit Anpassungsstörungen (ES = 0,45) bzw. körperlichen Erkrankungen (ES = 0,44). Betrachtet man die Einzeleffekte auf den einbezogenen Subskalen, so zeigen sich zum Teil erwartungskonforme indikationsspezifische Effekte.

Tabelle 1: EQUA-Studie, Effektgrößen des Vergleichs zwischen Aufnahme (Prä) und Katamnese (Post)

Effektgrößen, ES = $(M_{Prä} - M_{Post}) / SD_{Prä}$	ALLE	DEP	ANP	ANG	SOM
Katamnestische Messung vorhanden (N)	569	199	175	63	53
Allgemeine Maße (gemittelter Wert fett gedruckt)	0,77	0,91	0,77	0,86	0,77
GB13 Skala zum gesundheitlichen Befinden ^a	1,01	1,16	1,07	1,01	1,00
FLZ Gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit	0,53	0,66	0,46	0,71	0,44
Körperlicher Bereich (gemittelter Wert fett gedruckt)	0,37	0,40	0,38	0,42	0,49
SCL-90-R Somatisierung	0,18	0,18	0,17	0,36	0,14
B-L Beschwerdenliste	0,26	0,36	0,23	0,41	0,14
SF-36 Körperliche Funktionsfähigkeit	0,23	0,22	0,24	0,37	0,26
SF-36 Körperliche Rollenfunktion	0,42	0,39	0,44	0,43	0,68
SF-36 Körperliche Schmerzen	0,39	0,40	0,48	0,34	0,69
SF-36 Vitalität	0,73	0,91	0,76	0,66	0,79
SF-36 Allgemeine Gesundheit	0,35	0,37	0,36	0,38	0,72
Psychischer Bereich (gemittelter Wert fett gedruckt)	0,52	0,62	0,51	0,59	0,39
SCL-90-R Globalwert GSI psychische Belas-	0,39	0,48	0,37	0,51	0,15

tung					
SCL-90-R Depressivität	0,44	0,57	0,43	0,43	0,14
SCL-90-R Ängstlichkeit	0,39	0,47	0,35	0,56	0,25
SF-36 Emotionale Rollenfunktion	0,62	0,59	0,76	0,72	0,65
SF-36 Psychisches Wohlbefinden	0,75	1,00	0,65	0,72	0,75
Sozialer Bereich (gemittelter Wert fett gedruckt)	0,39	0,46	0,37	0,36	0,33
GSES Selbstwirksamkeit	0,36	0,45	0,36	0,22	0,37
IIP Interpersonale Probleme (Summe)	0,26	0,27	0,26	0,29	0,19
FLZ Allgemeine Lebenszufriedenheit	0,29	0,38	0,33	0,24	0,16
SF-36 Soziale Funktionsfähigkeit	0,64	0,83	0,57	0,65	0,46
Reduktion AU-Zeiten (N=390 Erwerbspersonen) ^b	0,40	0,36	0,31	0,42	0,45
Über alle Skalen gemittelter Wert	0,45	0,53	0,45	0,50	0,44

Anmerkungen: ,DEP – Depressive Störungen (F32, F33, F34.1), ANP – Anpassungsstörungen (F43.2, F48), ANG – Angststörungen (F40-41), SOM – Somatoforme Störungen bzw. körperliche Erkrankungen (F45, sowie A-E und G-Z), ^a Weitere Informationen zur Skala zum gesundheitlichen Befinden (GB13) bei Schmidt et al. (2003). ^b Erwerbspersonen: Patienten, die vor und nach der Reha entweder berufstätig, in Ausbildung oder arbeitslos gemeldet waren. Die AU-Zeiten beziehen sich auf den prä- und poststationären 12-Monatszeitraum.

Diskussion

Bei den vier untersuchten Störungsgruppen konnten nur geringe Unterschiede hinsichtlich der Gesamteffektivität stationärer psychosomatischer Rehabilitation festgestellt werden. Die über alle Skalen gemittelten katamnestiche Effekte liegen in einer Größenordnung zwischen 0,43 und 0,53, was in der Terminologie von Cohen (1992) immerhin einem „mittelgroßen“ Effekt entspricht. Positiv sind auch die beobachteten Effekte in einer Größenordnung von ES = 0,40 hinsichtlich der Reduktion von Krankenschreibungszeiten bei den Erwerbspersonen zu bewerten.

In Abhängigkeit von der Diagnosegruppe zeigte sich bei einigen Skalen eine gute differentielle Sensitivität, andere Skalen lassen diese Eigenschaft hingegen vermissen. Auf der anderen Seite kann eingewandt werden, dass offenbar erhebliche Varianz innerhalb der diagnostischen ICD-10-Kategorien besteht. Dieser Befund unterstreicht die Relevanz von Verfahren zur individualisierten Ergebnismessung. Weitere Datenanalysen im Rahmen der EQUA-Studie beziehen sich auf die Identifikation von homogenen Subgruppen innerhalb der diagnostischen Kategorien, etwa auf Basis des Latent Class-Ansatzes. Entsprechende Ergebnisse werden im Rahmen des Symposiums ergänzend präsentiert und zur Diskussion gestellt.

Literatur

- Cohen, J., 1992: A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, S. 155-159.
- Delbrück, H., Haupt, E., 1998: *Rehabilitationsmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kordy, H., Kächele, H., 1996: *Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik*. In T.Uexküll (Ed.), *Psychosomatische Medizin* (pp. 490-501). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S., Wittmann, W. W., 2003: *Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation*. Regensburg.

Wittmann, W. W., 1990. Brunswik-Symmetrie und die Konzeption der Fünf-Datenboxen. Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, 4, S. 241-251.

Ambulante psychosomatische Nachsorge nach dem Curriculum Hannover. Die Fünfjahreskatamnese

Kobelt, A. (1), Grosch, E. (1), Schmid-Ott, G. (2), Künsebeck, H.W. (2), Hentschel, J. (3), Lamprecht, F. (2)

(1) LVA Hannover, (2) Medizinische Hochschule Hannover, (3) Psychosomatische Klinik, Henriettenstiftung Hannover.

Einleitung

Fünfjahreskatamnesen sind bisher in der Rehabilitationsforschung im Bereich der Psychosomatik nur selten vorgelegt worden (Nübling et al., 1999; Wille et al., 1997). In der Reinerzauer-Katamnese studie (Nübling et al., 1999) konnten 46,8 % der Patienten für die Fünfjahreskatamnese erreicht werden, wobei hier auf den Einsatz standardisierter Testverfahren verzichtet wurde. So hatte sich vor allem die psychische Verfassung der Rehabilitanden im Fünfjahresuntersuchungszeitraum – gemessen über singuläre Ergebniskriterien - weiterhin signifikant gegenüber der Einjahreskatamnese verbessert. Auch konnte eine kontinuierliche Verringerung der Arbeitsunfähigkeitstage über die drei Messzeitpunkte nachgewiesen werden. Der äußerst lange Zeitraum einer Fünfjahreskatamnese bedeutet nicht nur eine logistische Herausforderung, will man eine möglichst hohe Rücklaufquote erreichen.

Fragestellungen

Unterscheiden sich die Teilnehmer an einer ambulanten psychosomatischen Nachsorge von der Vergleichsgruppe bezüglich ihrer Krankheits- und psychosozialen Belastungsgeschichte im Fünfjahreskatamnesezeitraum?

Unterscheiden sich Behandlungs- und Vergleichsgruppe bzgl. Arbeitsunfähigkeits- und Arbeitslosigkeitstagen, Berentungen und Anträgen auf Teilhabe am Arbeitsleben und auf medizinische Rehabilitation? Welche erwerbsbiographischen Erkenntnisse lassen sich anhand der Versicherungskontendaten ablesen und vergleichen?

Methodik

Es wurden sowohl 60 Versicherte der Behandlungsgruppe als auch 60 Versicherte der Vergleichsgruppe angeschrieben. Neben bewährten Messinstrumenten wie ADS, BAI und BL (Kobelt et al., 2002) flossen Daten aus den Versichertenkonten (Beitragszeiten, Au-Zeiten u.s.w.) in die Evaluation mit ein.

Ergebnisse

Während 52 (86,7 %) Teilnehmer der Behandlungsgruppe antworteten, füllten immerhin 43 (71,7 %) der Vergleichsgruppe den Fragebogen aus. Insgesamt erzielten wir eine Rücklaufquote von 79,2 %.

Es zeigte sich, dass die signifikanten Ergebnisse in der Reduktion der Depressivität zur Einjahreskatamnese in der Fünfjahreskatamnese immer noch nachweisbar waren. Auch die

signifikanten Unterschiede bezogen auf die Reduktion der Beschwerdeintensität ließen sich nach 5 Jahren im Kontrast zu der Vergleichsgruppe immer noch nachweisen.

Bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten zeigte sich, dass sich die subjektiven Angaben der Versicherten aus der ersten Studie auch durch die „harten Daten“ der Versicherungskonten bestätigen ließen. So konnten die Angehörigen der Behandlungsgruppe ihre Arbeitsunfähigkeitstage gegenüber der Vergleichsgruppe in der Einjahreskatamnese signifikant reduzieren. Beim Vergleich zwischen Behandlungsgruppe und Vergleichsgruppe zeigt sich ein Trend, dass die Behandlungsgruppe sowohl im Einjahres- als auch im Fünfjahreskatamnesezeitraum die Abhängigkeit von lebensunterhaltssichernden Versicherungsleistungen (Leistungen von Krankenkasse oder Arbeitsamt) deutlich reduzieren konnte. Bei den Beitragszeiten zeigt sich für beide Gruppen ein deutlicher Anstieg, wobei sich ein signifikanter Unterschied zwischen Behandlungs- und Vergleichsgruppe nicht nachweisen lässt.

Diskussion

Es zeigte sich, dass die Nachsorgeteilnehmer das von Ihnen nach der stationären Rehabilitation und nach der Nachsorge erreichte Symptom- und Beschwerdeniveau halten oder sogar verbessern können. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten nehmen bei den Teilnehmern sehr deutlich ab, steigen im 5. Jahr bei einigen wenigen Versicherten jedoch leicht wieder an. Die Abhängigkeit von staatlichen sozialen Leistungen ist demgegenüber bei Nachsorgeteilnehmern tendenziell geringer. Vor dem Hintergrund dieser noch sehr kleinen Stichprobe, der methodischen Problematik einer Fünfjahreskatamnese und der nur eingeschränkten Interpretationsmöglichkeit der Daten aus dem Versicherungskonto, konnten die bisher vorliegenden Ergebnisse trotzdem wichtige Informationen liefern: Gerade weil es bisher wenige Erkenntnisse darüber gibt, wie es Rehabilitationspatienten aus dem psychosomatischen Indikationsgebiet im weiteren Verlauf nach der designüblichen Einjahreskatamnese ergeht, ist es zum einen besonders interessant, welche Auswirkungen eine (kombinierte) Rehabilitationsleistung auf rentenversicherungsrelevante Parameter hat. Gleichzeitig konnte die Studie die Aussagen der Einjahreskatamnese bezüglich der Arbeitsunfähigkeitszeiten (Lamprecht et al., 1999) und damit auch die Validität retrospektiver Erhebungen sozioökonomischer Variablen bestätigen.

Literatur:

- Kobelt, A., Grosch, E., Lamprecht, F., 2002: Ambulante psychosomatische Nachsorge. Stuttgart: Schattauer.
- Lamprecht, F., Kobelt, A., Künsebeck, H., Grosch, E., Schmid-Ott, G., 1999: Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese einer ambulanten wohnortnahen Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 49, 387-391.
- Nübling, R., Schmidt, J., Wittmann, W.W., 1999: Langfristige Ergebnisse Psychosomatischer Rehabilitation. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 49, 343-353.
- Wille, G., Irle, H., Klosterhuis, H., Nischan, P., 1997: Psychosomatik – trotz „Sparpaket“ ein zentraler Bereich der medizinischen Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 5 (37), S. 10.

Rehabilitation schizophrener und schizoaffektiver Psychosen in der psychosomatischen Klinik: Eine stationäre Verlaufsstudie

Angrick, B., Grützmaker, A., Florschütz, J., Sauerbrei, S., Johannes, M.

Burg-Klinik Stadtlengsfeld

Das multimodale Rehabilitationsprogramm für psychoseerkrankte Menschen in der Burg-Klinik hat sich eine hohe Akzeptanz der Patienten und ihres sozial-psychiatrischen Verbundes erworben. Theoretischer Hintergrund ist das Modell der Integrierten Medizin (von Uexküll et al., 1996).

Methodisch haben wir 57 Patienten der Burg-Klinik mit einer schizophrenen (ICD 10: F20) und schizoaffektiven (ICD 10: F25) Erkrankung im Zeitraum Mai 2003 bis Dezember 2003 untersucht. Diagnostische Instrumente zum Anreize-, sowie Entlassungszeitpunkt waren die Symptom-Checkliste (SCL-90-R), die Frankfurter Befindlichkeits-Skala (FBS), das Eppendorfer-Schizophrenie-Inventar (ESI), die Global-Assessment-Scale (GAS) und die AMDP-Kriterien (Wittchen et al., 1989). Des Weiteren wurden Hirnleistungstests u.a. mit dem Computergestützten Kartensortierverfahren (CKV) durchgeführt, die Basisdokumentation der Klinik für die demographischen und Sozialdaten hinzugezogen.

Ergebnisse

Psychosepatienten waren deutlich jünger (36 Jahre versus 44 Jahre, $p < 0,001$) und in der Mehrzahl männlich (77 % versus 30 %, $p < 0,001$) als der Durchschnitt der psychosomatischen Patienten der Burgklinik. Die Arbeitslosen- und Arbeitsunfähigkeitsrate bei Anreize war mit 74 % bzw. 67 % signifikant höher (gegenüber 42 %, $p < 0,001$ bzw. 47 %, $p < 0,01$), Psychosepatienten haben öfter einen Rentenantrag gestellt bzw. die Absicht, dies zu tun (55 % versus 39 %, $p < 0,05$).

Dieses ungünstigere soziale Ausgangsniveau lässt sich durch die Erkrankungsschwere interpretieren: Die Frankfurter-Befindlichkeits-Skala zeigt, dass die Gesamtbefindlichkeit der Psychosepatienten am Anfang der Rehabilitation in etwa gleich stark beeinträchtigt eingeschätzt wird wie bei Psychosepatienten einer psychiatrischen Universitätsklinik. Im Eppendorfer-Schizophrenie-Inventar zeigen sich die Skalen der Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung, die Beziehungsideen, die akustische Unsicherheit und die Wahrnehmungsabweichungen genauso auffällig wie bei der Kontrollgruppe stationärer Psychosepatienten. Im SCL-90-R liegen die Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, phobische Ängste, Psychotizismus über dem Grenzwert von 60 im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe. In den hier durchgeführten Hirnleistungstests erreichten Psychosepatienten in der Regel eine durchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit, jedoch in wichtigen Bereichen der kognitiven Leistungsfähigkeit mussten partielle Leistungsinsuffizienzen festgestellt werden: Die Aufmerksamkeit unter Belastungsbedingungen war insgesamt vermindert, daraufhin deutet auch das Ergebnis der Aufmerksamkeitszuwendung im CKV. Defizite zeigten sich in der verbalen Lernfähigkeit sowie bei der Tempoleistung im Konzentrationstest, was auf eine generelle Verlangsamung hinweist.

Zur Entlassung zeigt sich eine signifikante Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus in der Global-Assessment-Scale of Functioning (Anfang 42,8, Ende 46,5, $p < 0,01$), im SCL-

90-R zeigten sich insbesondere auf den Skalen Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Psychotizismus, Anzahl der Symptome und psychische Belastung (p jeweils $<0,01$) sowie Depressivität und Paranoia (p jeweils $<0,05$) signifikante Reduktionen. Signifikante Beschwerdereduktionen konnten auch auf den Skalen des Eppendorfer-Schizophrenie-Inventars (p jeweils mindestens $<0,05$, außer Skala akustische Unsicherheit: $p<0,1$) erzielt werden.

Die stationäre Rehabilitation hat damit differenziert zur Abnahme der Beeinträchtigungen im Rahmen einer psychotischen Minussymptomatik geführt, einschließlich der signifikanten Besserung der Gesamtbefindlichkeit der Patienten (FBS, $p<0,01$). Dieses positive Rehabilitationsergebnis bezogen auf die Erkrankungssymptomatik spiegelt sich im sozialmedizinischen Ergebnis wider: Es konnten 17,9 % der Psychosepatienten arbeitsfähig entlassen werden, dabei 17,9 % leistungsfähig im Sinne der letzten Tätigkeit, 46,4 % leistungsfähig in einer Verweistätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes. Bei 33,3 % der Patienten wurde eine medizinisch-berufliche Rehabilitation im Sinne der Phase II vorgeschlagen.

Es ist festzustellen, dass die untersuchten Patienten von der stationären Heilbehandlung profitieren. Bei dem im Vergleich zu psychosomatischen Patienten deutlich ungünstigeren sozialen Ausgangsniveau und einer Erkrankungsschwere, die der Befindlichkeit stationärer Psychosepatienten in einer Universitätsklinik immerhin gleichkommt, ist das Ergebnis der sozialmedizinischen Beurteilung zum Entlassungszeitpunkt mit 46,4 % eines Verweisleistungsbildes als unbedingt beeindruckend zu beurteilen.

Ob die Fortsetzung dieses positiven Rehabilitationsergebnisses durch die Weitergabe in den ambulanten sozialpsychiatrischen Verbund (und ggf. eine Fortsetzung in der Rehabilitation Phase II) gelingt, wird derzeit in der 1-Jahreskatamnese dieser Studienpopulation (bis Mai 2005) untersucht, erste Ergebnisse können im Februar 2005 präsentiert werden.

Literatur

- Drühe-Wienholt, C., Wienholt, W. (1989): Computergestütztes Kartensortierverfahren (CKV) - Modifizierte Version des Wisconsin Kartensortiertests, Swets & Zeitlinger B.V., Swets Test Services, Frankfurt a. M.
- Franke, G. (1995): Die Symptom-Checkliste v. Derogatis – deutsche Version – (SCL-90-R), Beltz-Test GmbH Göttingen.
- Schütz, M., Görzel, B., Florschütz, J., Grützmaker, A. (2002): Rehabilitationsmöglichkeiten bei schizophrenen Psychosen – Eine stationäre Verlaufsstudie. In: DRV-Schriften, Band 33, 458-460, 11. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium 4.-6.3.2002, München.
- Süllwold, L., Herrlich, J. (1987): Frankfurter Befindlichkeitsskala für schizophren Erkrankte (FBS), Springer Verlag Berlin, Heidelberg.
- v. Uexküll, T., Wesiack, W. (1996): Wissenschaftstheorie. Ein biopsychosoziales Modell. In: v. Uexküll, T.: Psychosomatische Medizin, Adler, R.H. et al. (Hrsg.): 5. Aufl., Urban & Schwarzenberg München, Wien, Baltimore, 13-52.
- Wittchen, H-U., Sass, H., Zaudig, M., Köhler, K. (1989): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R, 32/33.
- Maß, R. (2001): Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI), Hogrefe Verlag f. Psychologie Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Evaluation eines familienorientierten Rehabilitationskonzeptes für Kinder mit angeborenen Herzfehlern

West, C.A. (1), Rosendahl, W. (1), Bengel, J. (2)

(1) Nachsorgeklinik Tannheim gGmbH, Villingen-Schwenningen, (2) Abteilung für Rehabilitationspsychologie, Universität Freiburg

Einleitung

Angeborene Herzerkrankungen führen nicht nur zu Beeinträchtigungen im Leben des betroffenen Kindes, auch die Eltern und Geschwister sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt. Gleichzeitig beeinflusst die Funktionalität der Familie und die psychische Stabilität der Eltern maßgeblich die Anpassung des Kindes an seine Erkrankung. In familienorientierten Rehabilitationsmaßnahmen werden auch die Eltern und Geschwister in den therapeutischen Prozess einbezogen. Die Wirksamkeit des familienorientierten Behandlungsansatzes ist bislang fast ausschließlich für Kinder mit onkologischen Erkrankungen überprüft worden (Petermann, et al., 1994; Schwarz, 1998). In der Nachsorgeklinik Tannheim gGmbH wurde daher in den Jahren 2001-2004 eine Evaluationsstudie durchgeführt, mit dem Ziel, die Auswirkungen familienorientierter Rehabilitationsmaßnahmen auf die körperliche und psychische Gesundheit herzkranker Kinder und ihrer Angehörigen sowie auf die Funktionalität der Gesamtfamilien zu überprüfen.

Methode

Es wurde ein Warte-Kontrollgruppendesign zu zwei Messzeitpunkten (Anreise/Abreise) eingesetzt. Dieser Untersuchungsaufbau wurde ergänzt durch ein prospektives Ein-Gruppen-Prä-Post-Design zur prozessorientierten Evaluation des stationären und poststationären Therapieverlaufs. Dazu erfolgte in der Experimentalgruppe eine Katamnese sechs Monate nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme. Befragt wurden insgesamt 149 Familien. Erhoben wurden:

- Medizinische Daten der Patientenkinder
- Körperliche und psychische Befindlichkeit, Lebensqualität von Eltern, Patienten und Geschwistern, familiäre Funktionalität, Patientenzufriedenheit.
- Zielorientierte Erfolgsmessung aus Sicht der Eltern und Therapeuten.

Ergebnisse

Die Daten belegen zu Reha-Beginn ein hohes Maß psychovegetativer und psychischer Beschwerden bei den Eltern. Auch bei den Patienten und ihren Geschwistern zeigen sich Auffälligkeiten im psychischen Bereich. Bei mehr als 40 % der Familien müssen die familiären Strukturen als dysfunktional eingestuft werden. Im Kontrollgruppenvergleich zeigt sich bei den Eltern ein signifikanter Rückgang der psychovegetativen und psychischen Beschwerden im Zuge der Rehabilitationsteilnahme. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die familiäre Funktionalität verbessern sich deutlich. Bei den Patienten kann das psychische

Wohlbefinden gesteigert werden. Wegen der Heterogenität der medizinischen Probleme der Patientenkinder sind die medizinischen Erfolge der Rehabilitation nicht quantifizierbar. Bei den Geschwistern ist eine Verbesserung des psychischen Befindens und der Lebensqualität durch die Teilnahme an der Rehabilitation zu verzeichnen. Die Patientenzufriedenheit fällt am Ende der Maßnahme sehr positiv aus. In der zielorientierten Erfolgsmessung beurteilen sowohl die Eltern, als auch die betreuenden Therapeuten die Zielerreichung überwiegend als gut bis sehr gut.

In der Katamnese zeigt sich, dass die psychischen Beschwerden der Eltern dauerhaft durch die Rehabilitationsmaßnahme gesenkt werden. Bei den Müttern ist zudem eine Reduktion der psychovegetativen Beschwerden und eine Verbesserung der Lebensqualität gegenüber der Aufnahme zu verzeichnen. Aus ihrer Sicht konnte auch die familiäre Funktionalität anhaltend verbessert werden. Bei Patienten und Geschwistern findet sich ein starker Rückgang der psychischen Auffälligkeiten gegenüber dem Reha-Beginn. Bei den Geschwistern kann zudem die Lebensqualität dauerhaft verbessert werden.

Literatur

Petermann, F., Kroll, T., Schwarz, B. (1994): Familienorientierte Rehabilitation krebskranker Kinder. Frankfurt: Lang.

Schwarz, R. (1998): Wirksamkeitsstudie zur familienorientierten stationären Nachsorge bei onkologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Psychosozialer Langzeitverlauf. Abschlussbericht DLFH-Studie, Bonn.

Sind die koordinativen Fähigkeiten bei Patienten mit Asthma bronchiale schlechter als bei gleichaltrigen Gesunden?

Gruber, W., Oestreich, D., Wingart, S., Paul, K.

Fachklinik Satteldüne für Kinder und Jugendliche der LVA Schleswig Holstein

Einleitung

Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale (Ab) weisen häufig eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit auf. Die Gründe hierfür sind zum einen in der chronischen Erkrankung selbst zu suchen. Auf der anderen Seite spielen weitere Faktoren wie Overprotection, Angst, soziale Isolation und Unwissenheit hierbei eine Rolle. In Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die aerobe und anaerobe Leistungsfähigkeit bei Patienten mit Ab schlechter ist als bei gesunden Gleichaltrigen. Die koordinativen Fähigkeiten als weitere Komponente der körperlichen Leistungsfähigkeit wurde dagegen bei Patienten mit Ab nicht weiter untersucht. Ziel der vorliegenden Studie war es, die koordinativen Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu erfassen und mit gesunden Gleichaltrigen zu vergleichen.

Material/Methode

Untersucht wurden 233 Patienten mit Ab mit einem mittleren Alter von 11,1 Jahren (6-17 Jahre) im Rahmen einer 4-6wöchigen Rehabilitationsmaßnahme an der Fachklinik Satteldüne. Zu Beginn (T1) und am Ende (T2) der Reha-Maßnahme wurde der modifizierte Münchener Fitness-Test (mMFT) durchgeführt, um die koordinativen Fähigkeiten zu erfassen. Der

mMFT besteht aus insgesamt 4 Übungen (Zielwerfen (ZW), Ballprellen (BP), Rumpfbeuge (RB) und Standhochsprung (SP)), die die koordinativen Fähigkeiten, die Beweglichkeit und die Schnellkraft testen. Um die Daten mit denen von gleichaltrigen Gesunden vergleichen zu können, wurden die Daten der Untersuchung der WIAD-AOK-DSB-Studie II „Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ herangezogen.

Ergebnis

Die in der Studie untersuchten Patienten mit Ab weisen bei den Übung BP und ZW deutlich schlechtere Werte auf als die gesunden Gleichaltrigen. Für die Beweglichkeit konnte ebenfalls ein deutlich schlechterer Wert festgestellt werden. Lediglich für die Schnellkraft, erfasst mit dem SP, waren Unterschiede nicht vorhanden. Werden die Daten getrennt nach Geschlecht ausgewertet, so zeigt sich, dass Jungen und Mädchen mit Ab deutlich schlechter bei den Übungen ZW und BP abschneiden. Mädchen mit Ab weisen für die Übungen RB und SP annähernd gleiche Werte auf wie die gesunden Gleichaltrigen, während die der Jungen mit Ab deutlich niedriger liegen. Im Altersverlauf (6-10 Jahre, 11-14 Jahre, >16 Jahre) sind die Patienten mit Ab ebenfalls deutlich schlechter bei den koordinativen Fähigkeiten (BP, ZW). Die Werte für die Beweglichkeit und die Schnellkraft lagen unter denen der gesunden Gleichaltrigen, jedoch waren die Unterschiede geringer. Ein Trend scheint sich für die Jugendlichen abzuzeichnen. In dieser Altersgruppe (> 16 Jahre) konnten im Vergleich zu den gesunden Gleichaltrigen für die Patienten mit Ab deutlich niedrigere Werte festgestellt werden.

Diskussion und Schlussfolgerung

Patienten mit Asthma bronchiale zeigen eine deutliche Einschränkung in den koordinativen Fähigkeiten. Für die Beweglichkeit und die Schnellkraft dagegen wurden Werte erreicht, die im Bereich der gesunden Gleichaltrigen lagen. Im Altersverlauf scheint sich eine Tendenz abzuzeichnen, die auf eine Abnahme der habituellen körperlichen Aktivität im Alltag schließen lässt. Die Werte für die Altersgruppe >16 Jahre sind im Vergleich zu den gesunden Gleichaltrigen in allen Bereichen deutlich geringer. Aus den Daten kann geschlossen werden, dass Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale in stärkerem Maße als bisher motorisch und konditionell gefördert werden müssen, um eine altersentsprechende Entwicklung der koordinativen und konditionellen Fähigkeiten zu ermöglichen. Diese Förderung wie auch die Teilnahme an einer adäquaten Asthma-Schulungsmaßnahme trägt dazu bei, die chronische Erkrankung nicht als Stigma zu betrachten, sondern an einem aktiven Lebensstil teilzuhaben wie gesunde Gleichaltrige. Die gesamten Maßnahmen dienen letztendlich einer Zunahme der Lebensqualität.

Literatur

- Counil, F.P., Varray, A., Matecki, S., Beurey, A., Marchal, P., Voisin, M., Prefaut, C. (2003): Training of aerobic and anaerobic Fitness in children with Asthma. *J Pediatr*: 179-184.
- Rusch, H., Irrgang, W. (2002): Der Münchner Fitness-Test. *Sportpraxis*: 42-50.
- Rusch, H., Irrgang, W., (2003): Münchner Fitnessstest – Testauswertung. Elektronische Publikation: URL 10.10.2004 unter <http://www.sportunterricht.de/mft/mftausw.html>.
- WIAD (2003): WIAD-AOK-DSB-Studie II Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. WIAD.

Randomisierte kontrollierte Multicenter- „Studie zur Bestimmung von Effekten eines strukturierten ambulanten Weiterbehandlungsprogramms nach stationärer medizinischer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas“. (Ergebnisse einer „ITT“ - Analyse)

Bräuer, W. (1), van Egmond-Fröhlich, A. (1), Fischer, U. (2), Goldschmidt, H. (3), Hoff-Emden, H. (4), Oepen, J. (5), Walter, E. (6), Zimmermann, E. (7)

(1) Kinder-Reha-Klinik „Am Nicolausholz“ , Bad Kösen, (2) Reha-Klinik für Kinder und Jugendliche, Inselklinik Heringsdorf, (3) Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, Spessart-Klinik Bad Orb, (4) Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche Beelitz Heilstätten, (5) Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche, Viktoriastift Bad Kreuznach, (6) Ostseestrand-Klinik „Klaus Störtebeker“, Kölpinsee, (7) Klinik für Kinder und Jugendliche, Bad Gottleuba

Hintergrund

Die epidemische Zunahme der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, die gravierenden medizinischen Folgeerkrankungen und die in diesem Alter größere Modifizierbarkeit des Verhaltens erfordern eine evidenzbasierte Optimierung der Therapieangebote. Erstmals wird in einer multizentrischen, randomisierten, parallel kontrollierten Interventionsstudie der längerfristige Nutzen einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zwischen der stationären Rehabilitation und ambulanter Weiterbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas untersucht.

Patienten und Methoden

521 gruppenfähige Patienten im Alter von 9-16 Jahren mit der Primärindikation primäre Adipositas wurden an 7 Kinder-Reha-Kliniken in 6 Bundesländern eingeschlossen und am Ende der Reha in die Interventionsgruppe oder Kontrollgruppe randomisiert. Die Intervention mit 12 Beratungsterminen erstreckt sich über das Jahr nach der Rehabilitation. Das Projekt erhebt Anthropometrie, Folgeerkrankungen, Ess- und Bewegungsverhalten sowie psychosoziale Variablen (u.a. Fragebogen zu den Reha-Erwartungen, Fragebogen zur Unterstützung durch die Eltern (Eigenentwicklung), Fragebogen zum Essverhalten (K-FEV), Food-Frequency Liste, Fragebogen zur Erfassung der krankheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (KindLR), Fragebogen zur Selbstwirksamkeit (Warschburger, 1999)) zu Beginn der Reha und ein Jahr nach Reha-Ende. Hauptergebnisvariable ist die Veränderung des BMI-SDS (LMS-Methode nach Cole) zwischen T1 und T4. Untersuchung auf Gruppe-Messzeitpunkt-Interaktion mit MANOVA. Auch Fälle, bei denen Patienten, Familien oder Ärzte die Intervention abbrechen, fließen mit ein („Intention to treat“).

Ergebnisse

Es ergaben sich erhebliche Complianceprobleme bezüglich der Inanspruchnahme des Interventionsprogramms bei den Kindern/Jugendlichen (ca. 15 % haben an keiner der Beratungen teilgenommen). Es zeigen sich keine signifikanten Interventionseffekte des ambulanten Nachsorgeangebotes auf den BMI-SDS als Hauptergebnisvariable. Die Probleme und Wünsche der Studienteilnehmer bzgl. der Reha-Nachsorge werden dargestellt.

Ausblick

Eine niederschwellige Intervention durch die Hausärzte reicht aufgrund der Ergebnisse dieser Studie nicht aus, um die Reha-Effekte zu stabilisieren. Vielmehr scheint eine multimodale Unterstützung durch eine interdisziplinäre ambulante Nachsorge unter Einbindung des niedergelassenen Arztes (entsprechend dem Modell der Konsensusgruppe Adipositas-schulung im Kindes- und Jugendalter) erforderlich. Durch telefonische Nachbefragungen (qualitative Diplomarbeiten) werden Hypothesen bzgl. optimaler Inhalte, Qualifikation und Intensität für solche zukünftigen Modelle gewonnen.

Literatur:

- Cole, T.J., (1990): The LMS method for constructing normalized growth standards. Eur J Clin Nutr 44, S. 45-60.
- Pudel, V., Westenhöfer, J. (1989): Fragebogen zum Essverhalten: Handanweisung, Göttingen Hogrefe.
- Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M., (2000): KindlR Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Revidierte Form: Manual.
- Warschburger, P., Petermann, F., Fromme, C. (1999): Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen. Beltz Verlag.

Münchener Adipositas Pilot-Studie

Reploh, T., Stein, D., Bauer, C.P.

Fachklinik Gaißach der LVA Oberbayern und Kinderklinik Schwabing der TUM

Hintergrund

In Deutschland sind je nach Definition 10-20 % aller Schulkinder und Jugendlichen übergewichtig (Leitlinien der AGA 2003). Die Behandlung der Schwerbetroffenen stellt ein Aufgabengebiet der Kinderrehabilitation dar.

Zweck der Untersuchung

Der kurzfristige Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme steht außer Frage. Ein langfristiger Erfolg wird kontrovers diskutiert, dieser soll durch eine Studie überprüft werden. Bisherige Publikationen zu diesem Thema beziehen sich auf retrospektive Befragungen mit einer durchschnittlich geringen Responderquote (langfristig: 43 %; Marinesse 2001). Mit der Münchener Adipositas Pilotstudie sollte versucht werden, eine möglichst hohe Responderquote zu erreichen.

Primäre Zielparameter der Studie waren, neben der Gewichtsentwicklung, die Entwicklung des Ess- und Freizeitverhaltens. Des Weiteren wurde nach Faktoren gesucht, die einen Einfluss auf den langfristigen Erfolg der Rehamaßnahme haben.

Methodik

Im Jahr 2002 wurden 585 Patienten in der Fachklinik Gaißach wegen Adipositas therapiert. Von diesen Patienten wurden alle aus dem Großraum München Stammenden als Kohorte eingeschlossen. Es ergab sich eine Gruppe von 99 Patienten. Die Responderquote der Nachuntersuchung lag bei 93 %. Alle Studienteilnehmer wurden entweder im Krankenhaus

oder zu Hause von einem Untersucher nachuntersucht. Größe und Gewicht wurden mit geeichten Messgeräten nach einem standardisierten Verfahren (Graf, 2003) erhoben. Durch einen Fragebogen wurden Daten über Freizeitverhalten, Familie, Soziales, Verhaltensänderung und Ähnliches erhoben.

Der BMI und der SDS wurden nach bekannter Methodik ausgewertet und bewertet (Kronemeyer-Hausschild et al., 2001).

Studiendesign

Die Studie ist eine Kohortenstudie, die retrospektive Daten mit prospektiven vergleicht.

Ergebnisse

Es konnte festgestellt werden, dass die Gruppe der Normalgewichtigen, vom Zeitpunkt der Aufnahme 2002 zum Jahr 2004, auf 8 % zunahm. Die Gruppe der Übergewichtigen nahm um 16 % auf 31 % zu, dafür gab es in der Gruppe der Adipösen eine Abnahme um 12 % auf 38 % und in der Gruppe der Extrem- Adipösen eine Abnahme um 10 % auf 23 %. Vergleicht man die SDS- Werte von 2002 mit denen von 2004, so sieht man, dass 47 % der Kinder weiter abgenommen haben, 15 % haben ihr Gewicht gehalten und 38 % haben wieder zugenommen. Der Unterschied zwischen den SDS-Werten ist signifikant ($p=0,001$).

Das Sportverhalten (Anzahl der Stunden Sport pro Woche) hat sich in zwei Jahren signifikant erhöht ($p=0,003$). Insgesamt treiben 55 % der Kinder mehr Sport, 28 % genau so viel und 17 % weniger Sport als vor ihrem Aufenthalt in der Fachklinik.

Bei der subjektiven Einschätzung zur Veränderung ihrer Lebensqualität seit der Reha-Maßnahme gaben die Studienteilnehmer in manchen Bereichen starke Verbesserungen an.

Schlussfolgerung

Man kann erkennen, dass 47 % der Patienten von der Reha-Maßnahme - bezogen auf die Gewichtsentwicklung - profitiert. Die Änderung des Sportverhaltens ist als positiv zu bewerten. Ein Verbesserungspotenzial dieses Ergebnisses liegt in der Entwicklung zusätzlicher ambulanter Nachbetreuungsstrukturen.

Literaturverzeichnis

- Graf, C., Koch, B., Dordel, S., Coburger, S., Christ, H. et al. (2003): Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität - eine familiäre Aufgabe. Deutsches Ärzteblatt 47: 2583-2587.
- Kronemeyer-Hausschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschr Kinderheilkd 149: 807-818.
- Marinesse, I., Kiosz, D. (2001): Fünfjährige Nachuntersuchung von adipösen Kindern und Jugendlichen nach Teilnahme an einer stationären Reha-Maßnahme. Präy.Rehab. 13: 128-133.
- Wabitsch, M., Kuntze, D. (2003): Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft, Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter.

Langfristige Effekte der Rehabilitation bei adipösen Kindern und Jugendlichen und deren Prädiktoren (multizentrische ASRA Studie)

van Egmond-Fröhlich, A. (1), Bräuer, W. (1), Fischer, U. (2), Goldschmidt, H. (3), Hoff-Emden, H. (4), Oepen, J. (5), Walter, E. (6), Zimmermann, E. (7)

(1) Kinder-Reha-Klinik „Am Nicolausholz“, Bad Kösen, (2) Reha-Klinik für Kinder und Jugendliche, Inselklinik Heringsdorf, (3) Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, Spessart-Klinik Bad Orb, (4) Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche Beelitz, (5) Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche, Viktoriastift Bad Kreuznach, (6) Ostseestrand-Klinik „Klaus Störtebeker“, Kölpinsee, (7) Klinik für Kinder und Jugendliche, Bad Gottleuba

Hintergrund

Die Prävalenz der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen steigt in Deutschland (Kromeyer-Hauschild, 1996) auf hohem Niveau an. Es gilt, die somatischen und psychischen Folgekrankheiten und damit verbundenen Kosten durch eine Intervention im Kindes- und Jugendalter zu vermeiden. Der Entwicklung eines abgestuften und effektiven Behandlungssystems kommt daher große Bedeutung zu. Die Kinderrehabilitation stellt einen wesentlichen Baustein dar, aber deren Indikationsstellung ist noch nicht evidenzbasiert abgesichert. Im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Multicenter-Studie zur Untersuchung des Effektes einer strukturierten ambulanten Nachsorge ergab sich die Möglichkeit die längerfristigen Ergebnisse der Reha (1-Jahres-Katamnese) und deren Erfolgsprädiktoren zu analysieren.

Patienten und Methoden: Im Rahmen der ASRA Studie wurden 521 gruppenfähige Patienten im Alter von 9-16 Jahren mit primärer Adipositas an 7 Kinder-Reha-Kliniken in 6 Bundesländern eingeschlossen. Das Projekt erhebt Anthropometrie, Folgeerkrankungen, Ess- und Bewegungsverhalten sowie psychosoziale Variablen (u.a. Fragebogen zur Unterstützung durch die Eltern (Eigenentwicklung), Fragebogen zum Essverhalten (K-FEV), Fragebogen zur Erfassung der allgemeinen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (KindLR)). Mittels multivariater linearer Regression wurden die Variablen bei Reha-Beginn mit der Veränderung des BMI-SDS zwischen Reha-Beginn und der 1-Jahres-Katamnese als Erfolgsparemeter auf ihre Vorhersagekraft untersucht.

Ergebnisse

Es ergab sich u.a. eine signifikante längerfristige Verbesserung des BMI-SDS, des adipositasrelevanten Verhaltens (insbesondere des Essverhaltens) und der Lebensqualität. Folgende Baseline-Variablen sind signifikant mit der Änderung des BMI-SDS korreliert (Vorzeichen): (+) BMI-SDS bei Aufnahme, (+) psychisches Wohlbefinden des Kindes, (+) Nörgeln der Familie, (-) flexible Kontrolle des Essverhaltens.

Während der individuelle psychische Leidensdruck für den Erfolg mit maßgeblich war, wiesen Variablen der Reha-Motivation wenig Vorhersagekraft auf. Die flexible Selbstkontrolle ist eine zentrale Ressource zur effektiven Selbststeuerung. Auffällig ist der eher negative Effekt von Variablen der elterlichen Einflussnahme (Nörgeln). Hervorzuheben ist Unabhängigkeit des Reha-Effektes vom familiären sozioökonomischen Status.

Ausblick

Die Nutzung dieser Ergebnisse im Rahmen geplanter Beobachtungsstudien ermöglicht ein Benchmarking zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der Adipositas-Reha unter Berücksichtigung unterschiedlicher Patientencharakteristika. Gleichzeitig ist dies ein Schritt zur Definition besonderer Zielgruppen und damit einer Differenzierung der Indikationsstellung. Mit einem ähnlichen Design sollte die Weiterentwicklung der stationären Behandlung mit zielgruppenspezifischen Interventionen wissenschaftlich begleitet werden.

Literatur

- Kromeyer-Hausschild, K., et al., 1996: Prevalence of overweight and obesity among school children in Jena (Germany). *Int. J. Obes. Metab. Disord.* 23, S. 1143-1150.
- Pudel, V., Westenhöfer, J. 1989: Fragebogen zum Essverhalten: Handanweisung, Göttingen Hogrefe.
- Ravens-Sieberer, U., 2005: Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. (In: Wabitsch, M.; Zwiauer, K.; Hebebrand J.; Kiess, W. (Hrsg.): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik*; Springer Verlag.

Interdisziplinäres Therapiekonzept bei Jungen mit ADHD in der stationären Rehabilitation – Eine Pilotstudie

Hampel, P. (1), Desman, C. (1), Petermann, F. (1), Siekmann, K. (1), Roos, T. (2)

(1) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, (2) Reha Klinik Neuharlingersiel

Hintergrund

Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) gehören zu den häufigsten psychischen Auffälligkeiten im Kindesalter. Jungen sind um den Faktor 3 bis 6 häufiger betroffen als Mädchen. Neuere Befunde sprechen für eine hohe Persistenz der Störung: Bis zu 30 % der Betroffenen weisen noch im frühen Erwachsenenalter Symptome der ADHS auf. Barkley (1997) führt genetische Faktoren als hauptsächliche, verursachende Faktoren an. Psychosoziale Faktoren bedingen die Schwere und die Aufrechterhaltung der Störung, indem sie die Entwicklung ungünstiger Interaktionen verstärken. So sind ein inkonsequentes Erziehungsverhalten, eine gestörte Mutter-Kind-Interaktion und eine erhöhte familiäre Belastung kennzeichnend.

Im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme können individuelle und familiäre Ressourcen zur Bewältigung dieser Störung gestärkt werden. Außerdem ist ein wohnortfernes Behandlungskonzept förderlich, da die etablierten ungünstigen Verhaltensmuster im Alltag durchbrochen werden können. Hierdurch können eine optimale Lernsituation geschaffen und nachhaltige Verhaltensänderungen erzielt werden. Ziel der Pilotstudie war es, die Durchführbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit eines neuen interdisziplinären Therapiekonzepts für Jungen mit ADHS zu überprüfen.

Methodik

28 Jungen im Alter zwischen acht und 12 Jahren ($M=10.2$, $SD=1.4$ J.) erhielten ein kombiniertes kind-, eltern-kind- und elternzentriertes Training. Das kindzentrierte Training, das sich über acht einstündige Sitzungen erstreckte, setzte sich aus drei Modulen zusammen: Reaktionskontrolle nach Lauth und Schlottke (2002), Selbstmanagement- und Selbstinstruktionstraining nach Döpfner, Schürmann und Frölich (2002) sowie dem Anti-Stress-Training für Kinder von Hampel und Petermann (2003). Das elternzentrierte Training beinhaltete vier einstündige Sitzungen mit Gruppenberatungen. In das sechs Sitzungen umfassende Eltern-Kind-Training wurden vor allem Schulungen der Mutter-Kind-Interaktionen und die Bewältigung familiärer Belastungen implementiert. Zu Beginn und am Ende der Maßnahme schätzten die Jungen im Selbsturteil und die Eltern im Fremdurteil die Lebensqualität ein (Kid-KINDL-R; Bullinger & Ravens-Sieberer, 1999). Die Jungen ab zehn Jahre beurteilten zusätzlich ihre psychischen Störungen (SPS-J; Hampel, Petermann, 2005). Außerdem wurden im Elternurteil die psychischen Auffälligkeiten erhoben (CBCL, Conners-Skala). Die Behandlungseffekte auf die selbst- und fremdbeurteilte Lebensqualität wurden in Abhängigkeit vom

Alter überprüft: Die Acht- bis Neunjährigen (n=8) wurden mit den Zehn- bis 12-Jährigen (n=20) verglichen.

Ergebnisse

Varianzanalysen mit Messwiederholung ergaben im Verlauf signifikant erniedrigte Ärgerkontrollprobleme, ein tendenziell erniedrigtes aggressiv-dissoziales Verhalten und eine hoch signifikant erniedrigte Ängstlichkeit/Depressivität. Diese Effekte ließen sich im Fremdurteil bestätigen. Sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil war der Gesamtwert der Lebensqualität bei allen Jungen verbessert.

Diskussion

Das neu entwickelte interdisziplinäre Therapiekonzept für Kinder und Jugendliche, das im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde, wies erste günstige Effekte auf. Die Befunde sollen an einer größeren Stichprobe repliziert und bei jüngeren Altersgruppen (Vorschulkinder und Erst- bis Zweitklässler) untersucht werden.

Literatur

- Barkley, R.A., 1997: Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, S. 65-94.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U., 1999: KINDL-R. Ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. Hamburg: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Döpfner, M., Schürmann, S., Frölich, J., 2002: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten - THOP (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hampel, P., Petermann, F., 2003: Anti-Stress-Training für Kinder (2. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hampel, P., Petermann, F., 2005: Screening psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J). Dt. Bearbeitung des Reynolds Adolescent Adjustment Screening Inventory. Bern: Huber.
- Lauth, G.W., Schlottke, F., 2002: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern (5. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Gewichtsentwicklung adipöser Kinder und Jugendlicher 2 - 5 Jahre nach stationärer Rehabilitation

Tiedjen, U. (1), Stachow, R. (1), Petermann, F. (2), Häring, J. (2), Westenhöfer, J. (3)

(1) Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, Westerland, (2) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, (3) Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg

Hintergrund

Übergewicht ist heute die häufigste ernährungsabhängige Gesundheitsstörung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Die World Health Organization (WHO) bezeichnete 1998 die Adipositas als globale Epidemie; eine Epidemie, die sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche betrifft (Edmunds, Waters, Elliott, 2001). Die permanent ansteigende Prä-

valenz der Adipositas bei Kindern zeigt sich in nationalen und internationalen Untersuchungen.

Die KOPS-Studie (Kiel Obesity Prevention Study) spiegelt die Situation der 5- bis 7-jährigen Kinder wider, die in den Jahren 1996 bis 2001 erfasst wurden. Dieser Studie zufolge sind 23 % der Schulanfänger in Deutschland übergewichtig (DGE, 2002). Stationäre Maßnahmen zur initialen Gewichtsreduktion haben sich als erfolgreich erwiesen für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen, allerdings sind nur wenige langfristige follow-ups dokumentiert (Tiedjen et al., 2000). Die vorliegende Studie untersucht den Zusammenhang zwischen einer langfristig erfolgreichen Reduktion und Stabilisierung des Körpergewichts nach der stationären Rehabilitation von adipösen Kinder und Jugendlichen, und den erhobenen Verhaltensparametern.

Methode

Untersucht wurden 291 von 642 Kindern und Jugendliche mit Adipositas (8,7 – 20,4 Jahre), die in den Jahren 1995 bis 1998 in der Fachklinik Sylt an einer stationären Rehabilitation teilgenommen hatten, und bei denen ca. 3,5 Jahre (Mittelwert 43 Monate) nach der Reha Gewicht und Größe erfragt bzw. durch den Hausarzt erhoben wurden. Kinder, die ihren alters- und geschlechtsspezifischen BMI-SDS (Kromeyer-Hauschild et al., 2001) gegenüber Behandlungsbeginn stabilisieren oder reduzieren konnten, wurden als "erfolgreiche" Gruppe (n = 158) definiert, die anderen als "nicht erfolgreich" (n = 133). Verschiedene Verhaltensparameter (Ess- und Bewegungsverhalten) sowie die emotionale Befindlichkeit wurden bei der Nachuntersuchung mittels Fragebogen erhoben, und die Einflussfaktoren auf den unterschiedlichen Abnahmeerfolg ermittelt.

Ergebnisse

Die erfolgreiche Gruppe zeichnete sich u.a. durch eine signifikant höhere kognitive Kontrolle des Essverhaltens aus, wobei insbesondere die Komponente „flexible Kontrolle“ erhöht war. Im Bereich der körperlichen Aktivität zeigte die erfolgreiche Gruppe ein höheres Maß an Eigenverantwortlichkeit bei Alltagsaktivitäten. Die emotionale Befindlichkeit prägte Erfolg oder Misserfolg erheblich, eine negative Eigenbeurteilung korrelierte mit negativer Fremdbeurteilung durch Eltern und Freunde.

Diskussion

In der stationären Rehabilitation von adipösen Kindern und Jugendlichen gelingt es, bei mehr als der Hälfte der Patienten (intention-to-treat-Analyse: mehr als einem Viertel der Patienten) positive Veränderungen des Ess- und Bewegungsverhaltens zu initiieren, und dadurch zu einer langfristig erfolgreichen Gewichtsreduktion beizutragen. Für Methodik und Didaktik einer stationären Adipositas-Therapie mit den Bestandteilen Essverhaltens-Training, Schulung und körperlicher Aktivität (Stachow, Stübing et al., 2004) gilt es, die aufgezeigten Bewältigungsstrategien der „erfolgreichen“ Kinder und Jugendlichen für eine Verbesserung der Fähigkeiten der „nicht erfolgreichen“ strukturiert einzubinden. Ergebnisse einer weiteren Studie der Fachklinik Sylt (3-4-Jahres-follow-up) mit 94 adipösen Grundschulkindern (Tiedjen et al., 2004), die als Feldstudie durchgeführt wurde, werden vergleichend beurteilt.

Literatur

- Edmunds, L., Waters, E., Elliott, E.J., 2001: Evidence based management of childhood obesity. *Clinical Review*, 323, S. 916-919.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), 2002: Kieler Adipositaspräventionsstudie. *DGE Info*, 10, S. 150.
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Geller, F. et al, 2001: Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 149, S. 807-818.
- Stachow, R., Stübing, K. et al., 2004: Trainermanual – Leichter, aktiver, gesünder. Interdisziplinäres Konzept für die Schulung übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher. Aid, Bonn.
- Tiedjen, U., Stachow, R., Häring, J., Warschburger, P., Petermann, F., 2004: Verhaltenstraining mit adipösen Grundschulkindern. *Prävention und Rehabilitation*, 16, S. 49-58.
- Tiedjen, U., Petermann, F., Sievers, K., Stachow, R.; 2000: Langfristige Effekte der Adipositas-therapie in der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 9, S. 94-101.

Auslöserprävention bei Asthma bronchiale als Folge einer Patientenschulung - Evaluationsstudie bei Begleitern in der Rehabilitation

Gießler-Fichtner, O. (1), Sailer, C. (1), Bauer, C.P. (1) (2),

(1) Fachklinik für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, Gaißach bei Bad Tölz, (2) Kinderklinik und Poliklinik der TU München, Bereich Rehabilitation

Hintergrund/Zweck der Untersuchung

Patientenschulungen bei Asthma bronchiale verstehen sich als Bestandteil des langfristigen Behandlungskonzeptes (Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung, 2004). Sie haben als wesentliches Ziel, eine bessere Kontrolle der Asthmasymptomatik zu erreichen und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes anzustreben. Die Wirksamkeit von familienorientierten Asthmaschulungen ist auf verschiedenen Ebenen nachgewiesen worden (Lob-Corzilius, Petermann, 1997).

Ziel von Schulungen der Begleitern in der Kinderrehabilitation ist eine nachhaltige Verhaltensänderung bei den krankheitsmanagenden Eltern der jungen Patienten mit Asthma bronchiale (Petermann, Walter, 1997). Sie sollen qualifiziert werden, auf das hyperreagible Bronchialsystem ihrer Kinder exazerbierend einwirkende Asthmaauslöser im Alltag zu identifizieren und nachfolgend mit einer risikovermeidenden oder -reduzierenden Verhaltensanpassung zu reagieren.

Als verhaltensmedizinisches Non-plus-ultra gilt die kalkulierte Risikoabwägung (Laub, Schauerte, 2004). Mit der Studie wurde die Frage untersucht, wie die Ergebnisse der Lernzielkontrolle bei einer materialgetriggerten und somit konkretisierten Elternschulung im Vergleich mit denen einer eher theorielastigen Präsentation per Hand-out, Poster und Folien ausfallen.

Methodik

Jeweils ca. 100 Begleitern von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter, die an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen, erhielten eine Elternschulung „Asthma bronchiale“. Die eine Gruppe (Standard) wurde nach den Qualitätsstandards der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung Osnabrück (Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung 2004) in 10 Modulen à 45 Minuten elternzentriert geschult. Die andere Gruppe (Konkret) erhielt vom selben qualifizierten Asthmatrainer die materialangereicherte Variante als entscheidendes mnemotechnisches Hilfsmittel, präsentiert in den Schulungseinheiten Module 3 und 4 „Asthmaauslöser und präventive Vermeidungsstrategien“. Jeweils vor und nach den Schulungen dieser Module erhielten die Eltern einen prae-post-Fragebogen zur Auslösererkennung und Etablierung präventiver Vermeidungsstrategien.

Die Effekte durch die Schulungsmaßnahmen wurden direkt nach der Schulung und im Abstand von 2 Wochen erneut per Fragebogen überprüft. Erst danach wurde das Elterninformationsmaterial zu diesem Schulungsmodul verteilt um einen eventuellen bias bei der Fragebogenbeantwortung zu vermeiden.

Ergebnisse

Im Bereich der Auslösererkennung ergaben sich kurzfristig am Ende des Schulungsmoduls deutliche Verbesserungen im kognitiven Bereich für beide Treatment-Gruppen. Die deutlichere Abnahme dieses Effektes in der Standard-Gruppe deutet auf eine rascher abnehmende Erinnerungskurve bei der theoretischen Wissensvermittlung hin. Hinsichtlich des Lernzuwachses bei den Vermeidungsstrategien zeigt sich dieser kognitive Effekt noch weit aus deutlicher nach zwei Wochen Zeitabstand kurz vor Ende der stationären Rehabilitationsmaßnahme.

Diskussion

Neben der Schulung mit elternzentriert-konkretisiertem Schwerpunkt wäre zeitsynchron sicherlich eine Veränderung der häuslichen Umgebungsbedingungen und stetige Verhaltenseinübung der geschulten alternativen Verhaltensweisen erforderlich, um die Behaltensleistung so zu verbessern, dass sie maximale Stabilität erlangt. Auch ist eine Auffrischung der individualisierten Lerninhalte zum Zeitpunkt der Entlassungsempfehlung dringend indiziert.

Entsprechende katamnestische Untersuchungen nach einigen Wochen, gerechnet vom Zeitpunkt der Rückkehr ins häusliche Milieu würden ebenso weitere Varianz aufklären wie Vergleichsstudien mit ambulanten Schulungen, bei denen die Synchronizität von Theorie-schulung und systemischer Verhaltensänderung bereits durch das wohnortnahe Setting gewährleistet ist.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung, 2004: Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen. (2. Aufl.). München: Zuckschwerdt, S. 7, 80,93-94,99.
- Brockmann, G., Wegner, R.E., 1998: Familienorientiertes Asthmatraining. Stuttgart: Enke.
- Laub, O., Schauerte, G., 2004: Die Crux mit der Auslöservermeidung. Praxis Asthmaschulung – Süd, 2. Jahrgang, Heft 1.
- Lob-Corzilius, T., Petermann, F., 1997: Asthmaschulung – Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz.

Petermann, F., Walter, H.J., 1997: Patientenschulung mit asthmakranken Kindern und Jugendlichen. In: Petermann, F. (Hrsg.), Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe, 2., vollständig überarb. und erweít. Auflage.

Struktur und Effizienz berufsvorbereitender Förderprogramme für Jugendliche mit Asthma und/oder allergischen Hauterkrankungen in einer Einrichtung der Phase II

Lecheler, J., Dorsch, U.

CJD Asthmazentrum Berchtesgaden

Einleitung

Jugendliche und junge erwachsene Auszubildende mit Asthma bronchiale und/oder chronischen Hauterkrankungen brechen überproportional häufig ihre Ausbildung ab. Ausschlusskriterien wurden deshalb für die Berufsberatung entwickelt, die die beruflichen Risiken für allergische Erkrankungen betonen. Vor allem Jugendlichen mit einfachen Schulabschlüssen und den genannten Krankheitsbildern wird dadurch der Weg zu handwerklichen Berufen praktisch unmöglich gemacht, auch wenn Motivation und Begabung vorhanden sind. Es wurde untersucht, inwieweit strukturierte Förderprogramme nach den Standards der Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen (Phase II) diese Situation verbessern können.

Methodik

Bei 118 Patienten mit Asthma und/ oder allergischen Hauterkrankungen im Alter von 16-22 Jahren wurden Arbeitsförderungsprogramme nach dem Arbeitsförderungsgesetz durchgeführt. Dazu gehört die Arbeitserprobung bei feststehendem Berufswunsch und Arbeitsfähigkeit, die Berufsfindung bei grundsätzlicher Ausbildungsfähigkeit, jedoch bei dem Unvermögen, eine Berufswahlentscheidung zu treffen und der Förderungslehrgang, der am längsten dauert und dann erforderlich ist, wenn krankheitsbedingt weder Ausbildungsfähigkeit besteht noch die Fähigkeit, eine adäquate Berufswahlentscheidung zu treffen. Alle Programme beinhalten eine standardisierte Diagnosephase, eine unterschiedlich lang gestaltete Testphase in sieben Risikoberufen, sowie ein Asthma-Verhaltenstraining.

Von besonderer Bedeutung war dabei die Risikoabschätzung, die nicht nur in der „objektiven“ Belastung des Patienten am Arbeitsplatz gemessen wurde, sondern in Relation zu seiner Fähigkeit gesetzt wurde, kalkulierbare Risiken im beruflichen Umfeld in seine Krankheitsbewältigung mit einzubeziehen.

Ergebnisse

Nach den Förderprogrammen starteten 45 Patienten die Ausbildung in einem Betrieb, 34 in einem Berufsbildungswerk, 14 in einer überbetrieblichen Ausbildungsstelle, bei 11 gelang die Wiederaufnahme einer schulischen Karriere. Die Abbrecherquoten lagen bei der betrieblichen Ausbildung bei 20 %, im Berufsbildungswerk bei 8,8 % und damit erheblich unter der durchschnittlichen Abbrecherquote aller Auszubildenden. Trotz der beruflichen Risiken bes-

serte sich bei 61,3 % die Asthmasymptomatik, bei 29,5 % blieb sie gleich und nur bei 9 % verschlechterte sie sich.

Schlussfolgerung

In der Untersuchung konnte gezeigt werden, dass durch strukturierte Förderprogramme Jugendlichen mit Asthma und/oder allergischen Hauterkrankungen eine entscheidende Hilfe zum Einstieg ins Berufsleben gegeben werden kann. Trotz der chronischen Erkrankung konnten die Patienten langfristig erfolgreich in Berufe vermittelt werden, die als Risikoberufe angesehen werden. Allerdings konnten diese beruflichen Risiken im Rahmen der Förderprogramme für den Einzelfall als kalkulierbare Risiken definiert und in Relation zur individuellen Krankheitsbewältigung gesetzt werden. Arbeitserprobung, Berufsfindung und Förderlehrgang sind daher als vorberufliche Förderprogramme eine wichtige Ergänzung zu den ausschließlich selektierenden Maßnahmen in der arbeitsmedizinischen Berufsberatung - vor allem bei Jugendlichen, die aufgrund ihrer Schulabschlüsse eher zu handwerklichen Berufen neigen.

Die Diagnose- und Therapiestandards der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationskliniken (Phase II) wurden bei diesen vorberuflichen Förderprogrammen vorausgesetzt.

Literatur

- Noeker, M., 1991: Subjektive Beschwerden und Belastungen bei Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. Frankfurt: Lang.
- Petermann, F., Lecheler, J. (Hrsg.), 1993: Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. Behandlungskonzepte und Krankheitsbewältigung. München: Quintessenz.
- Petermann, F., Walter, H.-J., Köhl, C., Biberger, A., 1993: Asthma-Verhaltenstraining mit Kindern und Jugendlichen. München: Quintessenz, 3. Auflage.
- Wahn, U., Lecheler, J., 1993: Vermeidbare Risiken in der Behandlung von Asthma bronchiale. In Petermann, F., Lecheler, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. München: Quintessenz, 3. Auflage.
- Wessels, E., 1999: Berufliche Prävention und Rehabilitation junger Menschen mit chronischen Krankheiten, speziell Erkrankungen der Atemwege und der Haut. Diplomarbeit, Universität Freiburg.

Prospektive Evaluation der Kinderrehabilitation bei Atopischem Ekzem

Stachow, R., Scheewe, S., Keins, P.

Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche

Einleitung

Im Rahmen des „Modellvorhabens zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) – Nationales prospektives Multizenterprojekt“ des BMG, war die Fachklinik Sylt als Rehabilitationsklinik beteiligt (Szczepanski, R., et al., 1998).

Patienten und Methode

Daten von 198 Patienten wurden für das Modellvorhaben, das sich auf die Patientenschulung konzentrierte, erhoben. In einem weitergehenden klinikinternen Projekt konnten alle Reha-Daten von 373 Patienten, die wegen Neurodermitis 2001 eine Rehabilitation absolvierten, erhoben werden. Zur Evaluation des mittelfristigen Effektes wurden die Patienten, die keine relevanten Zweiterkrankungen hatten und einen SCORAD über 20 bei Reha-Beginn aufwiesen, 1 Jahr nach Ende der Reha an ihrem Wohnort besucht und untersucht. Insgesamt konnten so Daten von 132 Patienten zu allen drei Zeitpunkten (Reha-Beginn, T0; Reha-Ende, T1 und ca. ein Jahr nach Reha-Ende, T2) erhoben werden. Es wurden diverse medizinische und psychologische Daten erhoben.

Ergebnisse

Der SCORAD verbesserte sich signifikant (T0: 44,6; T1: 25,5 ; T2: 31,5). Weiterhin wurde ein signifikanter Zuwachs an alternativen Hautstimulationen sowie signifikant verbesserte stadiengerechten Salbentherapie und Copingstrategien festgestellt. Anhand der Veränderung des SCORAD-Wertes zu T2 wurde eine Gruppierung der Patienten in „Erfolgreiche“ und „Nicht-Erfolgreiche“ vorgenommen. Die „Erfolglichen“ setzten signifikant häufiger alternative Hautstimulationen ein und führten regelmäßiger und stadiengerechter die Salbentherapie durch. Ihr Initial-SCORAD war höher und seine Verbesserungen während der Reha-Maßnahme ausgeprägter. Als problematisch zeigte sich, dass viele niedergelassene Ärzte die erfolgreiche Salbenstrategie änderten und den Stufenplan nicht gemeinsam mit den Patienten umsetzten.

Diskussion

Eine stationäre Rehabilitation für Neurodermitis-Patienten im Kindes- und Jugendalter ist eine effektive Maßnahme, die auch noch ein Jahr nach ihrem Ende eine deutlich sichtbare und signifikante Verbesserung bei den Patienten erbringt. Eine Verbesserung der Vernetzung von reha-stationärer und ambulanter Versorgung kann dazu beitragen, die erzielten Erfolge langfristig zu stabilisieren.

Literatur:

Szczepanski, R., Diepgen, T., Brockow, K., Scheewe, S., 1998: Medizinische Standards der Neurodermitis-Schulung. Prävention und Rehabilitation 10, S. 188-193.

Rehabilitation als maßgebende Bedingung für den Erfolg einer Cochlea-Implantation bei Jugendlichen und Erwachsenen

Mendler, M. (1), Rodeck, J. (1), Schlenker-Schulte, C. (1), Rasinski, C. (2), Vorwerk, W. (3)
(1) Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Rehabilitationspädagogik, (2) Universitäts- und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Halle, (3) St. Salvator Krankenhaus, Halberstadt

Hintergrund und Ziel

Für die Zielgruppe jugendlicher und erwachsener Ertaubter über 12 Jahren gibt es keine einheitlichen Regelungen zur Dauer und Kostenübernahme von Rehabilitationsmaßnahmen nach einer Cochlea-Implantation (CI). Der Erfolg der Implantation kann nicht ausschließlich über das Sprachverstehen operationalisiert werden. Ziel unserer Studie ist es, psychosoziale Faktoren wie die soziale Kompetenz oder die Akzeptanz der Hörbehinderung und Umweltfaktoren wie Art und Zeitpunkt der Ertaubung und Dauer der erhaltenen Rehabilitation zu erfassen.

Methodik und Studiendesign

Schwerpunkt ist die prospektive qualitative Längsschnittstudie, in der mit 14 CI-RehabilitandInnen und Angehörigen zwei bzw. drei leitfadengestützte Interviews geführt werden. Durch diese Methode können individuelle Faktoren in Person und Umwelt, die das Ergebnis der Rehabilitation beeinflussen, erfasst werden. Um Daten einer größeren Untersuchungsgruppe zu erhalten, wurde in einer retrospektiven quantitativen Querschnittstudie ein Fragebogen zur Veränderung der Lebenssituation durch Cochlea-Implantation eingesetzt (Vollerhebung in Sachsen-Anhalt, N=82).

Ergebnisse

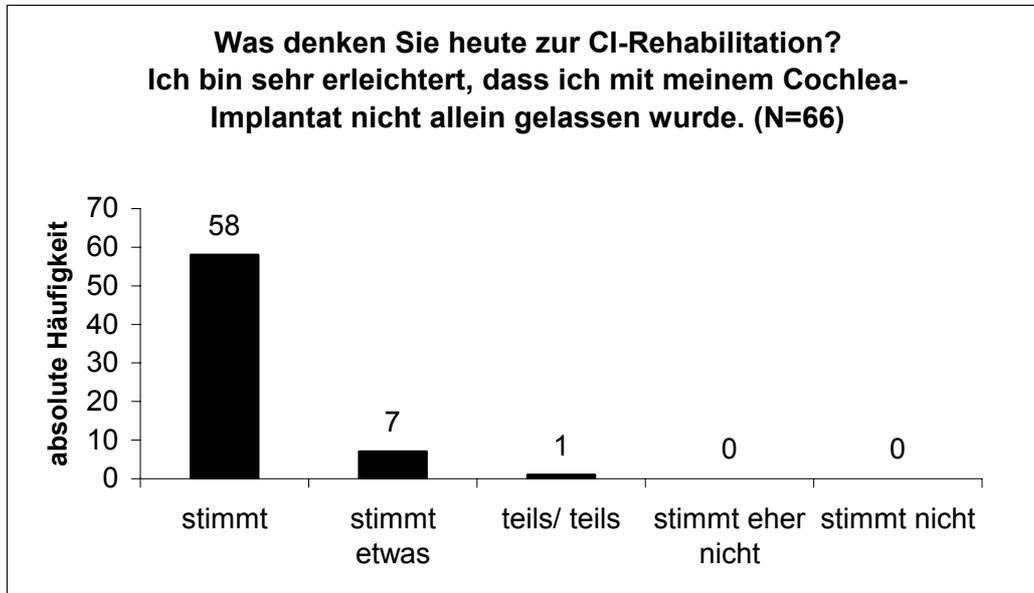
Positive Veränderungen bei psychosozialen Faktoren (z.B. mehr Selbstwertgefühl, mehr soziale Kontakte) und eine deutliche Verbesserung der Lebenssituation zeigen sich bei fast allen Befragten, obwohl die Möglichkeiten zum Sprachverstehen sehr unterschiedlich bleiben. Die Durchführung einer Rehabilitation wird als sehr wichtig eingeschätzt: Im Fragebogen bewerteten 68 % der CI-TrägerInnen die Rehabilitation als sehr erfolgreich oder erfolgreich. Die Mehrheit der stationär Rehabilitierten (86 %) sind damit sehr zufrieden/ zufrieden; mit der ambulanten logopädischen Behandlung (bei 14 %) sind die Befragten mehrheitlich zufrieden/ teils zufrieden und schätzen sie als erfolgreich/ teils erfolgreich ein. Fast alle Befragten sind erleichtert, dass sie nach der Implantation eine Rehabilitation erhalten haben (Abbildung 1).

Auch in den Interviews zeigt sich, dass die erhaltenen Therapien wesentlich für den Erfolg sind: „Möchte sagen, dass die Therapien, die Gespräche immer ein Stückchen weiter gebracht hat.“ (Interview II, WOTE, Zeile 549-552)

Diskussion

Psychosoziale Faktoren haben sich für den subjektiv empfundenen Erfolg der Cochlea-Implantation neben dem Verstehen als bedeutsam erwiesen. Die Durchführung einer Rehabilitation ist ein wesentlicher Kontextfaktor dafür, wobei eine stationäre Rehabilitation als etwas effektiver empfunden wird als eine ambulante logopädische Behandlung.

Abbildung 1:



Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Im Sinne einer Qualitätssicherung der Rehabilitation nach einer Cochlea-Implantation sollten weiterführende Forschungen diesen Bereich in den Blick nehmen. Vor dem Hintergrund der Bedeutsamkeit psychosozialer Faktoren sollten Inhalte wie ein ganzheitliches Kommunikationstraining, eine soziale und psychologische Rehabilitation unter Einbezug des Umfeldes und Nachsorgekonzepte z.B. in Selbsthilfegruppen in das Blickfeld rücken.

Literatur

- Eisenwort, B., Burian, K., Kropiunigg, U. (1990): Cochlearimplantat und seine psychosozialen Auswirkungen bei 36 Patienten. In: *Folia Phoniatria – Basel*, 42 (2), 71-76.
- Illg, A. (1999b): Die Effektivität der Cochlea-Implantat-Versorgung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 18 Jahren. Dissertation. Medizinische Hochschule Hannover.
- Mendler, M., Rodeck, J.: Cochlea Implantat – Chancen und Risiken für Arbeit und Alltag. In: Schlenker-Schulte, C. (2004): Hrsg.: *Barrierefreie Information und Kommunikation. Hören – Sehen – Versehen in Arbeit und Alltag*, 257-268.
- Zichner, S., Ola, S. (1999): Das Cochlear-Implant - Erkundungsstudie über die subjektive Einschätzung des Erfolges einer Implantation aus Sicht der Betroffenen bei 95 Spätertaubten unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer und kommunikativer Aspekte. In: *Sprache – Stimme – Gehör*, 206-212.

Medikationsverhalten asthmakranker Kinder und Jugendlicher vor und nach stationärer Rehabilitation? Ergebnisse einer multizentrischen Studie

Eichmann, D. (4), Stachow, R. (4), Bauer, C.P. (2), Kiosz, D. (3), Petermann, F. (1)

(1) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Bremen, (2) Kinderfachklinik Gaißach, (3) Kinderfachklinik Satteldüne, Amrum, (4) Fachklinik Sylt, Westerland

Hintergrund

Im Rahmen einer Multizenterstudie wurde deutschlandweit die kurz-, mittel- und langfristige Effektivität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen (ESTAR) anhand medizinischer und psychologischer Parameter evaluiert (Petermann et al., 2001). Dabei sollten auch Erkenntnisse über das Medikationsverhalten gewonnen werden.

Methodik

Im Rahmen der ESTAR-Studie wurden 226 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 9 und 16 Jahren ($M = 11,9$) untersucht, die an einer mehrwöchigen Rehabilitation an einer von drei Kinderrehabilitationskliniken (Amrum, Gaißach, Sylt) teilgenommen haben (RG). Das Rehabilitationsprogramm enthielt neben einem intensiven physiotherapeutischen Programm als Schwerpunkt eine Asthmaschulung entsprechend den Richtlinien der AG Asthmaschulung. Die Kontrollgruppe bilden 92 Kinder und Jugendliche derselben Altersgruppe ($M = 11,25$), die wohnortnah behandelt wurden (KG). Die Datenerhebung fand vor, während und ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt in Form von Interviews, Verhaltenstests sowie medizinischen Diagnoseverfahren statt.

Die Patienten wurden hinsichtlich des Asthma-Schweregrades klassifiziert. Gleichzeitig wurde die Medikation den vier Stufen der deutschen Behandlungsempfehlungen zugeordnet.

Ergebnisse

Der Asthmaschweregrad der Reha-Gruppe war ausgeprägter als bei der Kontrollgruppe. Es zeigte sich, dass vor der Rehabilitation nur 22,6 % der Reha-Patienten entsprechend den Empfehlungen behandelt waren, während 46,7 % der Kontrollpatienten empfehlungskonform eingestellt waren (Unterschied signifikant $\chi^2 p < 0,01$). Ein Jahr später waren die ehemaligen Reha-Patienten nun zu 57,6 % und die Kontrollpatienten zu 69,1 % empfehlungskonform therapiert. Es bestand bezüglich der Behandlung nun kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Patientengruppen.

Schlussfolgerungen

Die unterschiedlichen Ausgangswerte der beiden Gruppen (RG und KG) deuten auf eine sinnvolle Verteilung der Ressourcen hin. Die stationäre Rehabilitation führt langfristig zu einer Verbesserung des Medikationsverhaltens. Wie die übrigen Ergebnisse der Studie zeigten, geht dies einher mit einer Steigerung des Krankheitsselbstmanagements, und einer Verbesserung der pulmonalen Funktion.

Literatur

Petermann, F., Bauer, C.P., Kiosz, D., Stachow, R. (2001): Die ESTAR-Studie - Konzept und erste Ergebnisse zur Evaluation der stationären Rehabilitation bei Asthma im Kindes und Jugendalter. Deutsche Rentenversicherung 8-9/2001, 534-547.

Autorenverzeichnis

- | | | | |
|--|-------------------------------|---|---|
| Alexandridis, K.
429 | Bergelt, C. 383,
396 | Buschmann,
H.C. 465 | Ehlebracht, I.
166 |
| Alles, T. 183 | Berger, D. 383,
385 | Büttner, A. 358 | Ehlebracht-
König, I 271 |
| Amann, E. 83 | Berghaus, U.
121 | Carls, W. 435,
467 | Ehlebracht-
König, I. 29,
139, 191, 266 |
| Andreas, S. 165 | Besch, D. 57 | China, C. 328 | Eichmann, D.
501 |
| Angermann, C.
193 | Beutel, M.E.
453, 457, 464 | Cieza, A. 83, 87 | Eiff, W. von 224 |
| Angermann,
C.E. 34 | Birkner, B. 161 | Claros-Salinas,
D. 249 | Ekkernkamp, M.
287, 406 |
| Angrick, B. 481 | Bischoff, C.
171, 417 | Claus, B. 341 | Elert, O. 332 |
| Anton, E. 443 | Bleichner, F.
464 | Collatz, J. 78,
95 | Ellgring, H. 190,
195 |
| Arling, V. 61 | Bock, K. 431 | Conradi, S. 70 | Ellgring, J.H.
161 |
| Arlt, A.C. 268 | Böhm, D.T. 55 | Cuntz, U. 244,
451 | Enge, D. 144 |
| Asche-Matthey,
B. 111 | Bölsche, F. 362 | Czarny, M. 183 | Engst-Hastreiter,
U. 418 |
| Auclair, P. 382 | Bönisch, A. 166,
266, 271 | Cziske, R. 73 | Erhart, M. 66 |
| Bahrke, U. 310 | Bopp, V. 36,
264 | Dahnz, E. 189 | Ewert, T. 87 |
| Bak, P. 70, 113,
126, 258,
275, 299 | Borgart, E.J.
467 | Dalitz, S. 208 | Faller, H. 32,
34, 53, 193,
195, 332 |
| Balck, F. 353 | Borgetto, B. 301 | Deck, R. 43,
108, 199, 380 | Farin, E. 59, 85,
106, 121,
124, 130,
339, 378 |
| Ballmaier, M.
346 | Borghardt, J.
389 | Deeg, P. 332 | Faßmann, H.
230, 233 |
| Bandemer-
Greulich, U.
310 | Bornmann, M.
191 | Demirtas, A.
408 | Fehr, M. 240,
254 |
| Banzer, W. 297 | Börsch, B. 173 | Desman, C. 491 | Fiedler, R. 203 |
| Baron, P. 123 | Brach, M. 161 | Dibbelt, S. 156,
284 | Fiedler, R.G.
201, 241 |
| Baron, S. 94 | Brancheau, D.
337 | Diesner, A. 413 | Fikentscher, E.
310 |
| Barre, F. 78, 95 | Brandt, J. 311 | Dietsche, S.
185 | Fischer, J. 308 |
| Bartel, C. 370,
388 | Brauchler, R.
36, 264 | Dinkel, A. 353 | Fischer, U. 486,
489 |
| Barth, J. 322,
385, 462 | Bräuer, W. 486,
489 | Dirmaier, J. 165,
415 | Florschütz, J.
481 |
| Bartsch, H.H.
175, 373, 382 | Brenner, H. 327 | Dohnke, B. 39,
221, 256,
282, 292,
295, 302,
316, 335 | Follert, P. 85,
106, 111,
124, 134 |
| Bauer, C.P.
487, 494, 501 | Brettmann, K.
297 | Domann, U. 175 | Forstmeier, S.
423 |
| Bauernschmitt,
K. 456 | Brieger, P. 232 | Dörner, U. 321 | Franke, T. 91 |
| Beck, L.. 276 | Brockow, T. 91 | Dorsch, U. 496 | Franke, W. 152 |
| Beckmann, U.
121 | Brückle, W. 191 | Dreyer-Tümmel,
A. 142 | Franz, U. 345 |
| Behrens, J. 77,
142 | Brückner, U.
100 | Druckenmüller,
A. 207 | Fritschka, E.
161 |
| Beiderwieden, K.
236 | Brüggemann, S.
178 | Drüner, K. 57 | Froböse, I. 183 |
| Bengel, J. 52,
59, 71, 115,
130, 205,
217, 322, 483 | Bühler, S. 90 | Dudeck, A. 121 | |
| Bennefeld, H.
358 | Bühner, M. 63 | Duran, G. 418 | |
| Berg, P. 418 | Bürger, W. 38,
185 | Eckert, H. 65,
104 | |
| | Busche, T. 276 | EduPark-
Konsortium
190 | |
| | Büschel, C.
156, 284 | | |

Frommelt, P. 90, 97	Gruber, W. 460, 484	Héon-Klin, V. 287	Josenhans, J. 268
Frommer, J. 366	Grunze, M. 57	Herder, F. 467	Jung, K. 403
Funke, U.N. 341	Grüzmacher, A. 481	Herrmann, E. 391, 393	Jürgensen, R. 198, 440, 443
Galm, R. 297	Gülich, M. 178, 278	Herschbach, P. 418	Jürs, E. 328
Galvao, A. 232	Gutenbrunner, C. 139, 141, 260, 376, 389	Herwig, J. 205	Kahmann, B. 389
Gärtner, U. 385	Haase, I. 334, 364	Herwig, J.E. 71	Kainz, B. 278
Gass, S. 456	Hagen-Aukamp, C. 383	Hesse, B. 154	Kaluscha, R. 146, 219, 371
Gawlik, B. 232	Hagmann, G. 427	Hesse, S. 348	Karoff, M. 246, 316, 325, 330, 335
Gebauer, E. 154	Hahmann, H. 337	Hessel, F. 159	Kaschel, R. 464
Gehring, J. 74, 319	Hahmann, H.W. 327	Heuft, G. 201, 241	Katalinic, A. 370, 388
Gehrke, A. 343	Hahn, C. 404	Hillert, A. 244, 451	Kawski, S. 165
Gerdes, N. 100, 217, 294, 341	Hähnel, H. 292, 302	Hirschler, G. 266	Keins, P. 497
Gerlich, C. 190	Hamann, T. 376	Hoberg, E. 328	Kiosz, D. 501
Gerling, J. 334	Hamel, M. 345	Hoff-Emden, H. 486, 489	Kirschneck, M. 87
Geyh, S. 83	Hammen, A. 355	Höflich, A. 457	Kirschner, S. 32, 55
Gieler, U. 475	Hampel, P. 491	Holderied, A. 150	Kittel, J. 246
Giese, R. 181	Hansmeier, T. 159, 221, 262	Hölig, G. 348	Klein, G. 74, 319
Giesler, J.M. 394	Hansmeier, Th. 264	Holme, M. 189	Klein, K. 178, 294, 339
Gießler-Fichtner, O. 494	Harfst, T. 165, 415	Holzgraefe, M. 348	Kleinke, I. 189
Glaser-Möller, N. 137	Häring, J. 492	Höner, O. 313	Klennann, A. 224
Glattacker, M. 59, 106, 130, 378	Härtel, U. 74, 319	Hottenrott, K. 289, 311	Klemm, E. 393
Glatz, K.-H. 141	Härter, M. 322	Hübner, J. 376	Klosterhuis, H. 178, 251
Gödecker- Geenen, N. 246	Hartmann, B. 268	Hühne, M. 232	Knab, J. 163
Goldschmidt, H. 486, 489	Hartmann, U. 371	Hüppe, A. 137, 306	Knickenberg, R. 464
Gönner, S. 417	Hasemann, J. 317, 413	Huth, C. 317	Knickenberg, R.J. 453
González Guilá, N. 400	Haug, G. 189	Igl, W. 53, 216	Knörzer, J. 36, 262, 264
Gonzalez, N. 456	Heft- Wippermann, K. 401	Imhof, A. 337	Kobelt, A. 139, 141, 260, 479
Grande, G. 149	Heiss, H.W. 50	Irle, H. 251	Koch, S. 244, 451
Greitemann, B. 156, 201, 241, 284	Heitzmann, B. 449	Jäckel, W. H. 124, 378	Koch, U. 27, 38, 165, 185, 198, 351, 374, 383, 385, 396, 397, 415, 440
Greitemann, G. 249	Held, K. 316, 325, 335	Jäckel, W.H. 59, 106, 121, 130, 178, 278, 294, 339	Kohl, C.F.R. 102, 132
Greve, A. 447	Henrich, G. 418	Jacobi, E. 73, 146, 163	Köhler, M. 55
Grosch, E. 479	Hentschel, J. 479	Jäger, B. 431, 432	
Grosch, E.V. 139, 141, 260		Jalilvand, N. 166	
Grothgar, B. 440		Johannes, M. 481	
Grötzbach, H. 80, 97		Jolivet, B. 409	
		Jöllnbeck, T. 280	

Kohlmann, T. 48, 57	Lenz, S. 403	Meißner, W. 132	Muraitis, A. 221, 262
Kohte, W. 211	Leonhart, R. 52, 355	Meixner, K. 100, 130, 134	Mussgay, L. 459
Kolenda, K.D. 328	Lepthin, H.J. 273	Mendler, M. 499	Muthny, F.A. 42, 110, 203, 321
Kollerits, B. 83	Liebing, T. 275	Meng, K. 46, 150	Neises, M. 376
König, A. 32, 55	Liebscher- Steinecke, R. 161	Meures, A. 443	Nellessen, G. 183
König, W. 337	Limbacher, K. 171, 467	Meyer, A. 393	Neubauer, G. 169
Körner, M. 102, 115	Lind, A. 45	Meyer, A.-H. 88	Neuderth, S. 129, 193, 425
Krähling, M. 139	Lind-Albrecht, G. 304	Meyer, F. 457	Neupert, B. 240
Krannich, J.H. 332	Linden, M. 45, 94, 116	Meyer, T. 43	Nguyen, B. 248
Krauth, C. 159, 166	Lindow, B. 123	Middendorf, C. 224	Nowossadeck, E. 316, 325, 330, 335
Kriebel, R. 445	Liu, Y. 337	Mitrovic, V. 173	Nübling, R. 71, 102, 132, 198, 205, 438, 472, 476
Kriz, D. 71, 205	Lohsträter, A. 113, 126, 258, 299	Mittag, O. 273, 287, 328, 406	Nüchtern, E. 81
Kroczek, G. 348	Löschmann, C. 102, 132, 438, 472, 476	Möllmann, C. 262, 282	Nuß, B. 327
Kropf, U. 113, 299	Lowien, S. 123	Momtazi, R. 63	Oehlsen, K. 343
Krug, B. 453	Lubenow, B. 100	Montanus, H. 317, 413	Oeken, J. 393
Krüger, J. 362	Lueger, S. 332	Montanus, U. 317, 413	Oepen, J. 486, 489
Kruithoff, E. 351	Lukasczik, M. 129	Moock, J. 57	Oestreich, D. 460, 484
Kuhl, C. 217	Maatz, E. 427	Morfeld, M. 185	Olbrich, D. 442, 449
Kuhl, H.-C. 124	Macht, M. 190	Moßhammer, D. 219	Ostendorp, O. 42
Kulick, B. 144	Mahlmeister, J. 161	Muche, R. 219, 327	Osthus, H. 73
Künsebeck, H.W. 350, 479	Maier, V. 258	Müllender, J. 366	Paar, G.H. 445
Kupfer, J. 475	Malewski, P. 431, 432	Müller, C. 116	Patyna, W.D. 173
Küst, J. 76	Mariolakou, A. 110	Müller, D. 385, 397	Patzelt, C. 240
Küther, G. 343, 350	Marxsen, A. 411	Müller, H. 65, 104	Paul, J. 322, 462
Lachtermann, E. 403	Masuch, P. 213	Müller, K. 310	Paul, K. 460, 484
Lamprecht, F. 431, 432, 479	Matschke, G. 432	Müller, W.D. 275	Paulsen, S. 464
Landau, K. 36, 264	Matthis, C. 287, 406	Müller, W.D. 113, 126, 258, 299	Petermann, F. 491, 492, 501
Lang, K. 198	Matzat, J. 457	Müller-Fahrnow, W. 39, 66, 119, 221, 256, 262, 264, 282, 292, 295, 302, 316, 325, 330, 335	Peters, A. 295
Langer, G. 142	Mau, W. 266, 276	Mumm, A. 373, 382	Peters, K.M. 291
Latarnik, S. 358	Meermann, R. 467	Mund, S. 453	Petersen, C. 351
Lebenhagen, J. 467	Mehnert, A. 374, 385, 397	Münthe, T.F. 366	Pfaffenroth, V. 389
Lecheler, J. 496	Mehrhoff, F. 181		Pick, D. 211
Lederhofer, C. 364	Mehrholz, J. 348		Piefke, Th. 361
Lehmann, C. 383, 396			
Lehrieder, G. 360			
Leibbrand, B. 385			
Leidig, S. 467			
Leidl, R. 163			
Leitner, A. 146			

Pleger, B. 368	Rotheimer- Hering, S. 304	Schmidt, K.H. 425	Seewald, B. 364
Pleyer, K. 403	Rothenbacher, D. 327	Schmidt, R. 346	Seiffert, L. 358
Pohl, M. 348	Rottmann, R. 350	Schmidt, T. 230	Seitz, R. 159
Poppelreuter, M. 373	Rüddel, H. 198, 423, 440, 443, 459	Schmitz, J. 368	Sewtz, S. 308
Presl, R. 36, 264	Ruf, E. 74, 319	Schmitz-Buhl, St.M. 445	Siekmann, K. 491
Pritzkuleit, R. 370, 388	Rundel, M. 102, 132, 427	Schnabel, M. 308	Siepmann, K. 425
Quiske, A. 355	Rybicki, T. 256	Schneider, B. 465	Simeit, R. 380
Ranft, A. 201	Sabariego, C. 161	Schneider, S. 77	Singer, S. 393
Ranneberg, J. 169	Sackmann, A. 63	Schochat, T. 50	Sinn-Behrendt, A. 36, 264
Rasinski, C. 499	Sailer, C. 494	Schönle, C. 280	Skodkin, I. 337
Raspe, A. 287, 406	Samani, P. 189	Schönrich, S. 91	Slesina, W. 240, 254
Raspe, H. 43, 108, 137, 177, 273, 287, 328, 370, 406	Sauerbrei, S. 481	Schorr, G. 124	Smolenski, U.C. 70, 126, 258, 275, 299
Raspe, H.H. 306, 411	Schacht, C. 65, 104	Schowalter, M. 34, 193	Sommhammer, B. 251
Raspe, R. 388	Schaffner, O. 408	Schreiber, B. 310	Sperlich, S. 78, 95
Reimann, A. 25	Schattenburg, L. 453	Schubmann, C. 241	Spijkers, W. 61
Remer, H. 358	Schebben, J. 291	Schubmann, R. 425	Spyra, K. 66, 119
Remmert, R. 400	Scheewe, S. 497	Schüle, K. 429	Staab, E. 230
Reploh, T. 487	Schefers- Wenning, 427	Schuler, O. 385	Stachow, R. 492, 497, 501
Resch, K.L. 65, 91, 104	Schian, M. 208	Schultz, K. 400, 456	Staedtke, D. 451
Reschenberg, I. 467	Schieweck, R. 425	Schultze, H. 171	Stapel, M. 421, 469
Reusch, A. 46, 195	Schiffert, M. 134	Schulz, H. 165, 198, 415, 440	Steffanowski, A. 438, 472, 476
Reuss-Borst, M. 371	Schimani, R. 289	Schupp, W. 364	Stein, D. 487
Richard, M. 193	Schimmer, C. 332	Schürgers, G. 425, 447	Steinacker, J.M. 337
Richardt, G. 328	Schlademann, S. 306	Schütte, W. 210	Steinbüchel, T. 34, 193
Richter, M. 362	Schlenker- Schulte, C. 499	Schützeichel, I. 443	Steinhauer, M. 132
Riedel, T. 189	Schlennstedt, D. 50	Schüwer, U. 341	Stern, H. 36, 264
Rieger, J. 119	Schlote, A. 362	Schwaab, U. 177	Stilgenbauer, F. 337
Ring, C. 219, 371	Schmid-Ott, G. 475, 479	Schweikert, B. 159, 163	Stobik, C. 366
Rode, S. 358	Schmidt, J. 438, 476	Schwesig, R. 289, 311	Störk, S. 34, 193
Rodeck, J. 499		Schwickerath, J. 467	Streibelt, M. 39, 256, 262
Romero, S. 63		Schwiersch M. 456	Ströbl, V. 46, 195
Romppel, M. 149		Schwiersch, M. 400	Stucki, G. 83, 161
Roos, T. 491		Seelbach, H. 345	Sudeck, G. 313
Rosemeyer, D. 409			
Rosendahl, W. 483			
Roth, S. 266			

- Swoboda, M. 129
- Täschner, R. 391
- Tautz, A. 183
- Tegenthoff, M. 368
- Templin, B. 370, 388
- Tesak, J. 76
- Theissing, J. 273
- Themann, P. 341
- Thiel, M. 266
- Tiedjen, U. 492
- Tiling, T. 248
- Töns, N. 71, 205
- Topp, H. 362
- Tramm, T. 227
- Ueberle, M. 97
- German randomized intervention multi-center study (GRIMS) group 475
- v. Pein, A. 171
- van Egmond-Fröhlich, A. 486, 489
- Vogel, H. 129, 150, 425
- Vogt, K. 413
- Vogt, L. 297
- Voigt-Radloff, S. 50
- von Bodman, J. 268
- Vorwerk, W. 499
- Waadt, S. 418
- Wagner, S. 464
- Waldmann, A. 370, 388
- Wallesch, C.-W. 362
- Wallroth, M. 465
- Walter, E. 486, 489
- Walther, M. 32
- Warner, N. 189
- Wasem, J. 159
- Wasmus, A. 139, 141
- Watzke, B. 440
- Watzke, S. 232
- Weber, R.K. 366
- Weber-Falkensammer, H. 129
- Weichenberger, M. 337
- Weiler, S. 268
- Weis, J. 175, 373, 382, 394
- Welk, H. 396
- Wentzel, K. 289
- Werfel, T. 475
- Werner, C. 348
- West, C.A. 483
- Westenhöfer, J. 492
- Weyers, P. 332
- Wicher, K. 227
- Widdig, W. 368
- Wiedebusch, S. 203
- Wilke, C. 183
- Wilkening, S. 193
- Willimczik, K. 313
- Wingart, S. 460, 484
- Wingendorf, I. 348
- Wirtz, M. 52, 71, 205, 217
- Wittmann, W.W. 438, 469, 472, 476
- Wohlfarth, R. 355
- Wollbrück, D. 393
- Wollmerstedt, N. 32, 55
- Worringen, U. 401
- Wothe, K. 425
- Wüste, K. 77
- Wüsten, B. 327
- Zdrahal-Urbánek, J. 150
- Zeh, A. 187
- Zeichner, D. 447
- Zielke, M. 421, 435, 467, 469
- Zimmermann, E. 486, 489
- Zimmermann, M. 77, 142, 285
- Zwerenz, R. 453
- Zwingmann, C. 48, 53

Notizen