



4. Reha-Symposium

Förderung der Nachhaltigkeit der Rehabilitation

23. Oktober 2009

m&i - Fachklinik Herzogenaurach

Zusammenfassungen zu den Vorträgen

Titel des Vortrages	Referent/in	Seite
Zukunftsorientierte Rehabilitation braucht Nachhaltigkeit - Wunsch und Wirklichkeit	Karl-Heinz Köpke	1
Alltagstransfer und Lebensstiländerung durch Patientenschulung	Andrea Reusch	2
Nachhaltige Bewegungstherapie in der Rehabilitation	Klaus Pfeifer	3
Förderung der Nachhaltigkeit in der beruflichen Rehabilitation	Heinz Lechner	4
Patientenschulung in der Rheumatologie: Programme und Outcome	Angelika Bönisch	5
Evaluierte Ansätze zur Verbesserung der Nachhaltigkeit in der Schlaganfall-Rehabilitation	Wilfried Schupp	6
Aktuelle stationäre und poststationäre Ansätze zur Förderung der Nachhaltigkeit in der Kardiologie	Michael Keck	7
Psychosoziale e-Nachsorge nach onkologischer Rehabilitation	Birgit Watzke	8
Internetgestützte Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation	Valiollah Golkaramnay	9
Telefonische Nachsorge zur Bewegungsförderung für Rehabilitanden mit Adipositas	Veronika Ströbl	10
Was wird aus den Nachsorge-Empfehlungen der Reha-Kliniken?	Heiner Vogel	11
Neue Wege in der Rehabilitation: Reha-Nachsorge im Fokus	Susanne Schramm	12

Zukunftsorientierte Rehabilitation braucht Nachhaltigkeit – Wunsch und Wirklichkeit

Karl-Heinz Köpke, Hamburg

Die Bedeutung von Rehabilitation ist unstrittig. Jährliche Ausgaben von 25 Milliarden Euro zeigen dies eindrucksvoll. Trotzdem ist Rehabilitation kein Selbstgänger. Man muss dafür werben. Das geht am besten mit ihrer Qualität. Wichtigster Maßstab ist ihre Dauerhaftigkeit. Nachhaltigkeit wird damit zum zentralen Kriterium.

Ziel jeder Rehabilitation ist seit jeher ihre hochwertige Qualität. Diese Ausrichtung ist in den vergangenen Jahren weiter aufgewertet worden. Die Reha-Kommission und das Qualitätssicherungsprogramm des VDR sowie der Gemeinsame Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften von Bildungsministerium und Rentenversicherung prägten diesen Prozess. Dabei rückte die Dauerhaftigkeit von Reha zunehmend ins Blickfeld. Eine Studie der LVA Schleswig-Holstein schärfte das Bewusstsein. DRV-Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Nachsorge und der BAR-Praxisleitfaden zur Nachhaltigkeit sind weitere Stationen. Die Fortschreibung des DRV-Leitfadens für den ärztlichen Reha-Entlassungsbericht beförderte nachhaltigkeitsorientiertes Handeln. Dadurch wuchs die Erkenntnis, dass Reha-Leistungen nicht isoliert, sondern als Teil eines umfassenden Prozesses zu betrachten sind.

Aktuell erhalten allein in der gesetzlichen Rentenversicherung jährlich eine Million Versicherte Rehabilitations- bzw. Teilhabeleistungen. Inwieweit dabei Langzeitwirkungen stimuliert und bestmöglich gefördert werden können, ist Gegenstand dieser Tagung.

Damit öffnet sich ein Spannungsfeld zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Der Weg zu mehr Nachhaltigkeit kann im o.a. Leitfaden, den „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge“, beides von der DRV, und in dem „Praxisleitfaden zur Sicherung der Nachhaltigkeit“ der BAR nachgelesen werden. Er kann in der Tat zu wirksameren Leistungen führen. Den hohen Stellenwert einer insgesamt effektiveren Rehabilitation verdeutlichte Bundesminister Olaf Scholz zum 40-jährigen Jubiläum der BAR. Trotz unbestreitbarer Fortschritte müsse Rehabilitation „individueller und aktivierender“, „frühzeitiger und komplexer“ und „ambulanter und betriebsnäher“ werden.

Die Praxis nachfolgender Maßnahmen zeigt, dass den rd. 800.000 Empfängern stationärer Leistungen von der Reha-Klinik knapp 1,2 Millionen derartige Maßnahmen empfohlen wurden – Doppelnennungen einbezogen. Ob und inwieweit diese Empfehlungen umgesetzt werden, darüber sind derzeit (noch) keine sicheren Aussagen möglich. Es gibt aber Anhaltspunkte. Legt man etwa die Patientenbefragungen im Rahmen des QSP zugrunde, so haben gut ein Viertel aller Befragten mit somatischer und mehr als ein Drittel mit psychosomatischer Indikation diese Empfehlung umgesetzt. Eine ähnliche Entwicklung mit steigender Tendenz zeigen neuere DRV - Erhebungen.

Diese Zahlen belegen eine deutliche Steigerung, zeigen aber auch erheblichen Nachholbedarf. Notwendig ist vor allem eine ganzheitliche Betrachtung der „funktionalen“ Gesundheit eines bzw. einer Versicherten. Dazu gehört eine stärkere Berücksichtigung des beruflichen bzw. arbeitsweltlichen Lebensumfeldes. Notwendig ist ferner eine genauere Ausrichtung auf die Nach-Reha-Zeit. Auch sollten Versicherte mehr zur aktiven Mitwirkung befähigt und dafür gewonnen werden. Es ist zu wünschen, dass Nachhaltigkeit in Wissenschaft und Praxis einen dauerhaften Platz erhält. Im gemeinsamen Forschungsvorhaben „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ finden sich eine Reihe ermutigender Ansätze. Sie sollten Schule machen.

Alltagstransfer und Lebensstiländerung durch Patientenschulung

Andrea Reusch, Universität Würzburg

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die langfristige Bewältigung einer chronischen Erkrankung auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene. Um dies nachhaltig zu erreichen, ist ein aktives und dauerhaftes Bewältigungsverhalten des Patienten unabdingbar. Eigenständige Symptombeobachtung und -beurteilung, Applikation von Medikamenten und dauerhafte Verhaltens- und Lebensstiländerungen können den Verlauf der Erkrankung wesentlich beeinflussen. Mit mehrstündigen Gruppenschulungen sollen dafür den Patienten die notwendigen Grundlagen vermittelt werden. Ziele der Patientenschulung sind Empowerment, Compliance und Selbstmanagement. Neben der interaktiven Wissensvermittlung können Patienten in der Schulung Fertigkeiten trainieren, neues Verhalten ausprobieren und ihre Einstellung zum Lebensstil überdenken. Auch wenn Patienten sich entschieden haben, erkrankungsbezogene Bewältigungsstrategien und einen gesundheitsbewussten Lebensstil in ihren Alltag zu übertragen, wird dies nicht immer umgesetzt oder dauerhaft aufrechterhalten. Vielfältige Barrieren und Gewohnheiten erschweren eine langfristige Verhaltensänderung. Moderne Schulungskonzepte beinhalten deshalb konkrete Handlungs- und Bewältigungsplanungen sowie verschiedene Nachsorgeangebote. Empirisch hat sich gezeigt, dass eine Verhaltensänderung wahrscheinlicher wird, wenn das Verhalten konkret geplant wurde, Barrieren und Hindernisse antizipiert und Lösungen erarbeitet wurden (Handlungs- und Bewältigungsplanung), und wenn kurzfristig positive Konsequenzen folgen. Die Integration solcher verhaltenstherapeutischer Ansätze in die Patientenschulung ist vielversprechend. Im Rahmen von Schulungen planen Patienten möglichst konkrete Verhaltensweisen in ihrem Alltag. Sie planen z. B. wann, wo, wie (und mit wem) sie regelmäßig Medikamente einnehmen, ihren Blutdruck kontrollieren oder Sport treiben, was sie daran hindern könnte und wie sie diese Barrieren umgehen können. Unterschiedliche Nachsorgeangebote (ambulante Gruppen, Nachsorge über Post, Telefon oder Internet, Online-Schulung) sind weitere Ansätze zur Erhöhung der Nachhaltigkeit von Verhaltensänderungen. Hier können Patienten von ihren Erfahrungen im Alltag berichten und ggf. Handlungspläne modifizieren und optimieren. Der Nutzen dieser Ansätze für Patientenschulungen der medizinischen Rehabilitation wird aktuell empirisch geprüft.

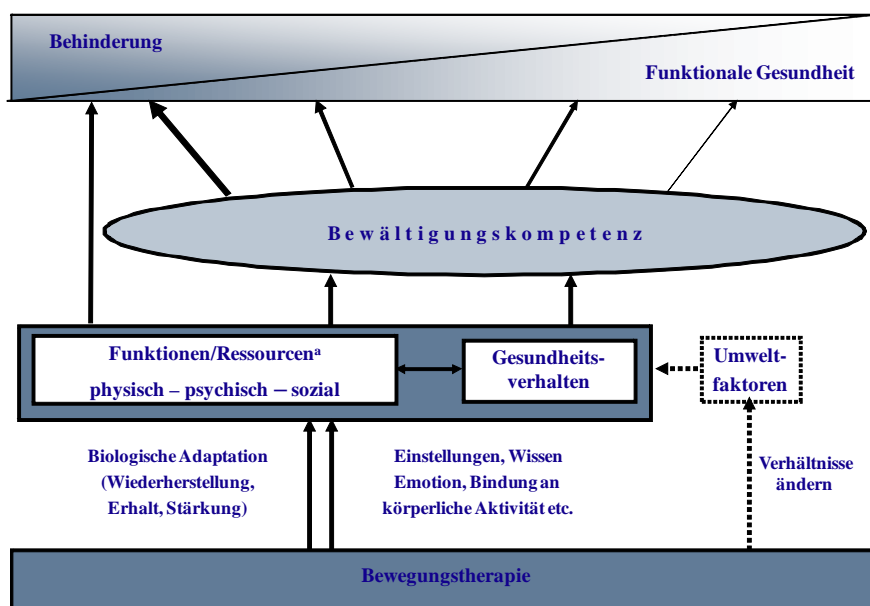
Korrespondenzadresse

Andrea Reusch
Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie
Marcusstr. 9 - 11, 97070 Würzburg
a.reusch@uni-wuerzburg.de, www.zentrum-patientenschulung.de

Nachhaltige Bewegungstherapie in der Rehabilitation

Klaus Pfeifer, Universität Erlangen-Nürnberg

Für die in der Rehabilitation vorherrschenden Gesundheitsstörungen wie muskuloskeletale Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, onkologische Erkrankungen und psychische Erkrankungen sind bewegungstherapeutische Interventionen zentrale Elemente der Therapie. Ca. 50% aller durchgeführten therapeutischen Leistungen sind diesem Bereich zuzuordnen. Gerade bei chronisch-degenerativen Erkrankungen ist es im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO 2001) Ziel bewegungstherapeutischer Interventionen, sowohl die physische Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit wiederherzustellen bzw. zu verbessern (Struktur und Funktionen), als auch zu körperlich aktiven Lebensstilen hinzuführen und zur Beibehaltung und Wiederaufnahme von Berufstätigkeit, Alltags- und sozialen Aktivitäten beizutragen (Aktivitäten, Partizipation). Im Vordergrund steht der Aufbau individueller Bewältigungskompetenzen bei Vorliegen einer individuellen Gesundheitsstörung (Abb.).



^a einschließlich der „*personalen Kontextfaktoren*“ im Sinne der ICF

Für die Konzeptualisierung und Realisierung bewegungstherapeutischer Interventionen gewinnt damit eine mehrdimensionale Perspektive an Bedeutung, in der als Zielsetzung der Bewegungstherapie neben der naturgemäßen Beeinflussung physischer Funktionen explizit auch die Verhaltensorientierung im Hinblick auf den Aufbau individueller Handlungskompetenzen und die Bindung an körperliche Aktivität in den Vordergrund rückt. Eine solchermaßen verstandene Bewegungstherapie verknüpft Elemente körperlichen Übens und Trainierens zielgerichtet mit Elementen der Patientenschulung und kognitiv-behavioralen Interventionsformen. Sie bietet damit die Basis für eine Integration in moderne interdisziplinäre Behandlungsstrategien in der Rehabilitation, die über meist multidisziplinäre bzw. additive Organisationsformen hinausgeht. Gleichzeitig ermöglicht sie eine Betrachtung der Bewegungstherapie im Hinblick auf ihre Rolle bei der indikationsbezogenen als auch indikationsübergreifenden Beeinflussung von Aktivitäten und Teilhabe.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Klaus Pfeifer, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Institut für Sportwissenschaft und Sport, Gebbertstr. 123b, 91058 Erlangen
klaus.pfeifer@sport.uni-erlangen.de

Förderung der Nachhaltigkeit in der beruflichen Rehabilitation

Heinz Lechner, Berufsförderungswerk Nürnberg

Hintergrund: Die berufliche Rehabilitation hat vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung in Deutschland einen zunehmend hohen und aktuellen Stellenwert erlangt. Gleichzeitig wirken die gesellschaftlichen Veränderungen aus dem Spannungsfeld von Gesundheit, Bildung, Arbeit, Wirtschaft und Finanzen auf das System der beruflichen Rehabilitation ein. Der Übergang zur wissensbasierten Wirtschaft und Gesellschaft in Deutschland erfordert eine Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation mit den Schwerpunkten Prävention, Individualisierung und Integration. Diese zentralen Forderungen sind unter der Zielsetzung Nachhaltigkeit in der beruflichen Rehabilitation zu subsumieren.

Methode: Nach Begriffsklärungen für berufliche Rehabilitation und Nachhaltigkeit wird die Basis der derzeitigen Entwicklung mit RehaFutur, einer Initiative des BMAS, und mit dem Referenzmodell der Deutschen Berufsförderungswerke aufgezeigt. Integriert in diese Umgestaltung ist das Modellprojekt „Individualisierung durch neue Lernortkonzeptionen“ (MPI) der Berufsförderungswerke München und Nürnberg. Am Praxis-Beispiel MPI soll die Förderung der Nachhaltigkeit in der beruflichen Rehabilitation dargestellt werden. Dabei werden die MPI-Kriterien herausgestellt, die als Prädiktoren für die Förderung der Nachhaltigkeit stehen und es wird eine Zuordnung zu den Nachhaltigkeitsdimensionen getroffen.

Aus der MPI-Planungsphase sind die Elemente Beratungs- und Explorationsgespräche, individualisiertes RehaAssessment/Eingangsprofilung (ICF-basiert) und die Vereinbarung des Reha-Ziels Gegenstand der Betrachtung in Bezug auf ihre Nachhaltigkeitseffekte. Bei der Untersuchung der MPI-Durchführungsphase auf ihre Nachhaltigkeitsrelevanz stehen vor allem die Organisation der individuellen Reha- und Integrationsprozesse nach Ort, Inhalt und Dauer im Fokus der Betrachtung. Daneben ist die MPI-Zielsetzung Herstellung und Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit durch vereinbarte BFW-Standards (Basis: Qualitätskriterien der Handlungsorientierten Ausbildung) für das Thema bedeutsam. Damit ist zwangsläufig die Berücksichtigung der Handlungs- und Integrationskompetenz erforderlich, die sich auf Schlüsselkompetenzen, Fachkompetenz und Gesundheitskompetenz begründet. Von den didaktischen Innovationen gilt den neuen Qualifizierungsstrukturen - mit modularen Curricula, zertifizierten Qualifizierungsbausteinen und berufsfeldbezogene Lernbetrieben als Kernelementen – die Beachtung. Ganz wesentlich sind die geänderten Organisationsstrukturen zur Umsetzung von MPI. Das gilt zum Einen für die Verzahnung der außerbetrieblichen und betrieblichen Qualifizierung und Integration (betriebliche Vernetzung und Kooperation); zum Anderen steht hier das Reha- und Integrationsmanagement als Casemanagement zu Steuerung, Controlling und Dokumentation des Gesamtprozesses im Mittelpunkt der Darstellung. Abschließend wird die MPI-Qualitätssicherung einbezogen. Die Sicherung von Struktur- und Prozessqualität führt letztendlich zur Sicherung der Ergebnisqualität, ganz im Sinne von Effektivität (Wirkung) und Effizienz (Wirtschaftlichkeit). Diese Parameter sind durch Integrationsstatistiken und Wirtschaftlichkeitsberechnungen (Kosten-Nutzen) feststellbar und sie sind entscheidende Kennziffern für den Nachhaltigkeitserfolg der beruflichen Rehabilitation.

Ergebnis: In allen Phasen und in allen Elementen setzt das MPI konsequent auf Individualisierung, Integration und auf die Verantwortung aller am Reha-Prozess Beteiligten. Dass damit der richtige Weg bei der Umgestaltung der beruflichen Rehabilitation beschritten ist zeigen die positiven Rückmeldungen der Beteiligten und die ersten Zwischenergebnisse der MPI-Dokumentation. Da Nachhaltigkeit in der beruflichen Rehabilitation im engeren Sinne als dauerhafte Wiedereingliederung verstanden wird, bestätigen die ersten Integrationsergebnisse und Erfahrungen das Nachhaltigkeitsformat des MPI.

Patientenschulung in der Rheumatologie: Programme und Outcome

Bönisch, A. und Ehlebracht-König, I.

Rehazentrum Bad Eilsen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Krankheitsbezogene Schulungsprogramme der DGRh

Zur nachhaltigen Verbesserung des Krankheits- bzw. Selbstmanagements wurden von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) für verschiedene rheumatische Erkrankungen interdisziplinäre Patientenschulungsprogramme entwickelt, die aus fünf bis sieben Modulen bestehen (2). Inzwischen sind sieben Programme nach den Qualitätskriterien der DGRh zertifiziert und zwar für Chronische Polyarthritiden (CP), Spondylitis ankylosans (SpA), Fibromyalgie, Systemischer Lupus erythematoses (SLE), rheumakranke Kinder / Jugendliche und deren Eltern, Osteoporose und Sklerodermie. Das Schulungsprogramm für Vaskulitis wird bereits erfolgreich eingesetzt, die Zertifizierung steht noch aus.

Die für geschlossene Kleingruppen konzipierten Programme werden themenzentriert nach den vorliegenden Curricula durchgeführt. Für drei Programme (CP, SpA, SLE) liegen kontrollierte Evaluationsstudien vor, das Vaskulitis-Programm wurde im Eingruppen-Prä-Post-Design untersucht. Die Ergebnisse werden im Überblick dargestellt (3, 4, 5, 6, 7).

Problembezogene Programme „Berufliche Zukunft“ und „NaSch“ *)

Vorgestellt werden zwei im Rehazentrum Bad Eilsen laufende Forschungsprojekte:

A) Das Seminar „Berufliche Zukunft“ für Patienten mit sozialmedizinischer Problematik (z.B. lange Arbeitsunfähigkeit / Arbeitsplatzverlust aus gesundheitlichen Gründen), das in einem kontrollierten prospektiven Design untersucht wird (1). Thematische Schwerpunkte sind Informationen zu Erwerbs(un)fähigkeit und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Präsentiert werden Evaluationsergebnisse bei Reha-Ende (z.B. verbesserte subjektive Erwerbsprognose, höheres Wissen zugunsten der Seminarteilnehmer).

B) Die Entwicklung und Implementierung eines ambulanten Nachsorgeprogramms für Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen und psychosozialen Problemen (NaSch, 8). Ziele sind u.a. die Verstetigung des Reha-Effektes sowie eine Verbesserung der Schmerzbewältigungsstrategien. Mit diesem Programm soll die bestehende ambulante Versorgungslücke für Schmerzpatienten geschlossen werden.

Literatur

- (1) Bönisch, A., Dorn, M., Ehlebracht-König, I. (2009). „Berufliche Zukunft“ – Zwischenergebnisse zur Evaluation eines Behandlungsprogramms für Patienten mit beruflicher Problemlage in der medizinischen Rehabilitation, DRV-Schriften, Band 83, 56-57. Vortrag Reha-Kolloquium, Münster.
- (2) Ehlebracht-König, I. (2003). Patientenschulung in der Rheumatologie: Ein Überblick. Zeitschrift für Rheumatologie; 62: Suppl 2, II/6-II/9
- (3) Ehlebracht-König, I. & Bönisch, A. (2007). Beispiel einer qualitätsgesicherten Schulung bei Patienten mit Spondylitis ankylosans. Praxis Klinische Verhaltensmedizin u. Rehabilitation. 20 (75); 33-39
- (4) Krauth, C., Rieger, J., Bönisch, A. & Ehlebracht-König, I.(2005). Gesundheitsökonomische Evaluation eines Patientenschulungsprogramms Spondylitis Ankylosans in der stationären Rehabilitation. In F. Petermann (Hrsg.), Prädiktion, Verfahrensoptimierung und Kosten in der medizinischen Rehabilitation. 2. Auflage (S. 103-144). Regensburg: Roderer.
- (5) Krauth, C., Rieger, J., Mau, W., Bräuer, W., Schwartz, W. (2005). Gesundheitsökonomische Evaluation der langfristigen Auswirkungen eines Schulungsprogramms für Patienten mit chronischer Polyarthrititis. In F. Petermann (Hrsg.), Prädiktion, Verfahrensoptimierung und Kosten in der medizinischen Rehabilitation 2. Auflage (S. 275-289). Regensburg: Roderer.
- (6) Langer, H.-E., Ehlebracht-König, I., Josenhans, J. (1998). Evaluation des Patientenkurses 'Chronische Polyarthrititis', Deutsche Rentenversicherung, 3-4, 239-264.
- (7) Mau, W. & Bräuer, W. (2005). Sozialmedizinische Langzeitprognose und Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation von Patienten mit chronischer Polyarthrititis. In F. Petermann (Hrsg.), Prädiktion, Verfahrensoptimierung und Kosten in der medizinischen Rehabilitation 2. Auflage (S. 227-274). Regensburg: Roderer.
- (8) Pönicke, J., Ehlebracht-König, I., Bönisch, A., Dorn, M. (2009). Ambulante Schmerznachsorge für Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen und psychosozialen Problemen, DRV-Schriften, Band 83, 43-44. Poster Reha-Kolloquium, Münster.

*) beide Projekte mit Förderung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig Hannover

Evaluierte Ansätze zur Verbesserung der Nachhaltigkeit in der Schlaganfall-Rehabilitation

Wilfried Schupp, Fachklinik Herzogenaurach

In der Neurologie werden verschiedene Ansätze entwickelt und erprobt, um die erreichten Erfolge einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme nachhaltiger zu machen. Allerdings sind nur einige davon auch bereits nach EBM-Kriterien wissenschaftlich untersucht. In einigen Bereichen haben wir selbst mit wissenschaftlichen Projekten die Entwicklung vorangetrieben.

Da computergestützte Diagnose- und Therapieverfahren vor allem bei kognitiven und kommunikativen Beeinträchtigungen eine wichtige Rolle spielen, war es naheliegend, den telemedizinischen Einsatz von computergestützten Therapieverfahren unter Auswahl und Supervision der entsprechenden Neuropsychologen oder Sprachtherapeuten zu entwickeln und zu evaluieren. Die ersten wissenschaftlichen Untersuchungen (1,2) zeigen, dass solche Verfahren selbst bei chronischen Patienten nach Anleitung von Patient und ggf. unterstützenden Angehörigen unter Supervision der jeweiligen Therapeuten mit Erfolg für die jeweils trainierte Modalität durchgeführt werden können. Im Vergleich zur Nichtbehandlung hat dies auch positive Effekte auf die Psyche der Betroffenen und die Belastung der Angehörigen (1). Bei Nutzung von Touchscreen können auch schwer betroffene Aphasiker additiv zur üblichen Sprachtherapie mit diesen Programmen üben (2). Diese Erfahrungen werden auch in der aktuellen Literatur gestützt. Ein entsprechendes Projekt verschiedener DRV-Träger zur Nachsorge bei kognitiven Störungen läuft noch.

Ziel medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen der DRV ist die berufliche (Wieder)Eingliederung. Um diese zu verbessern, sind verschiedene Maßnahmen der medizinisch-berufliche orientierten Rehabilitation (MBOR) entwickelt worden, die über die übliche Berufs- und Arbeitsplatzanamnese und darauf aufbauende sozialmedizinische Beurteilung hinausgehen. Dies umfasst den Einsatz geeigneter Assessment-Instrumente, Durchführung berufsbezogener Belastungserprobungen (z.T. in Kooperation mit externen Partnern) und gezielte berufsorientierte Interventionen während der Rehabilitationsmaßnahme. Bestehen am Ende der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme noch deutlichere Diskrepanzen zwischen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Rehabilitanden und den Anforderungen am konkreten Arbeitsplatz, so scheint für solche Problemfälle eine wohnortnahe ambulante medizinisch-berufliche Rehabilitation mit zum Schluss systematischer Hinführung zum und Training am konkreten Arbeitsplatz ein sinnvoller weiterer Ansatz zu sein, um solche Patienten nachhaltig beruflich wieder einzugliedern. Dies zeigt unsere Erfahrung mit einem solchen regionalen Angebot (3).

Trotz intensiver Rehabilitationsmaßnahmen kehrt ein größerer Prozentsatz von Schlaganfallpatienten mit fortbestehendem Pflegebedarf in die häusliche Situation zurück. Hier hat ein systematisches Pflegeüberleitungskonzept mit intensiver Schulung und Vorbereitung speziell der Angehörigen den Verlauf von mehr als 2,5 Jahren sich in Bezug auf Todesrate und Pflegeheimweisung als überlegen erwiesen (4, 5). Im Rahmen einer Europäischen Vergleichsstudie (CERISE-Nachfolgestudie) werden derzeit Daten zum Zustand 5-6 Jahre nach stationärer Rehabilitation erhoben. Hier soll insbesondere ausgewertet werden, ob und welcher funktionelle Zustand am Ende der institutionellen Rehabilitationsphase in bestimmten ADL's erreicht sein muss, um diese Aktivität langfristig für den Patienten zu erhalten.

Literatur

- 1) RÖHRING S, KULKE H, REULBACH U, PEETZ H, SCHUPP W (2004): Effektivität eines neuropsychologischen Trainings von Aufmerksamkeitsfunktionen im teletherapeutischen Setting. *Neurol Rehabil* 10: 239-246
- 2) SCHROEDER C, SCHUPP W, SEEWALD B; HAASE I: Computer aided therapy in aphasia therapy-evaluation of assignment criteria. *Intern J Rehab Res* 2007;30: 289-295
- 3) SCHUPP W KULKE H.: Klinik berufsbezogener Gesundheitsstörungen: Neurologie. In: HILLERT A, MÜLLER-FAHRNOW W, RADOSCHWESKI FM (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2008; S. 301-315
- 4) GRÄSSEL E, SCHMIDT R, BIEHLER J, SCHUPP W (2006): Long-term outcome of a new concept for the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of Stroke patients. *Clin Rehab*; 20: 577-583
- 5) HOESS U, SCHUPP W, SCHMIDT R, GRÄSSEL E: Versorgung von Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln im Langzeitverlauf nach stationärer neurologischer Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror* 2008; 18: 115-121

Korrespondenzadresse

Dr. med. Wilfried Schupp, Fachklinik Herzogenaurach, In der Reuth 1, 91074 Herzogenaurach
Tel.: ++49 9132 83 1035, Fax: ++49 9132 83 1030, neurologie@fachklinik-herzogenaurach.de

Aktuelle stationäre und poststationäre Ansätze zur Förderung der Nachhaltigkeit in der Kardiologie

Michael Keck, Drei-Burgen-Klinik, Bad Münster am Stein-Ebernburg

Nur eine längerfristige Compliance mit Beibehalten von Lebensstiländerungen und entsprechender adäquater medikamentöser Therapie wirken sich günstig auf die Prognose von herzkranken Patienten aus. So gut abgesichert die Ergebnisse einer ganztags ambulanten oder stationären Heilbehandlung sind, so problematisch ist das Beibehalten einer gesundheitsgerechten Lebensweise im späteren Alltag. Durch unterschiedliche Maßnahmen kann die Nachhaltigkeit von Rehabilitationsergebnissen gesichert werden. Im Nachfolgenden werden zwei aktuelle Studien mit dem Ziel eines verbesserten Erhalts der Reha-Ergebnisse vorgestellt.

1. Auswirkungen einer motivationalen und volitionalen Sportförderung: eine empirische Analyse mittel- und langfristiger Effekte auf der Verhaltens- und Gesundheitsebene

Im Rahmen einer quasi experimentellen Kontrollgruppenstudie wurden zur Schnittstellenoptimierung der Rehabilitation Phase II und III und Überwindung des „Handlungslochs“ nach der Reha eine spezifische motivationale und volitionale Sportförderung während der Anschlussheilbehandlung (AHB) durchgeführt. Im Follow up zeigt sich ein deutlich verbessertes Sportvolumen in der Interventionsgruppe nach 12 Monaten (Interventionsgruppe: 150 Sportminuten pro Woche, Kontrollgruppe: 111 Sportminuten pro Woche). Weiter fand sich ein deutlich verbesserter subjektiver körperlicher Gesundheitszustand im SF36.

2. Intensivierte Nachsorge zur Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie anderer relevanter Reha-Outcomes mittels Telefonnachsorge

Verglichen wird das Ergebnis einer zwei- bis dreimaligen telefonischen Nachsorge in Verbindung auch mit einer klinischen Verlaufskontrolle nach AHB im Vergleich einer Usual Care-Behandlung und nur Nachbefragung mittels Fragebogen. Es zeigt sich, dass in den Nachsorge orientierten Gruppen sich tendenziell eine bessere berufliche Reintegration, eine geringere Berentungsquote sowie ein häufiger Besuch der Herzgruppen (HG) und eine Verbesserung der subjektiv empfundenen Gesundheitszustands dokumentieren lassen (HG-Besuch: Interventionsgruppe 38 %, Kontrollgruppe 25 %, berufliche Reintegration: Interventionsgruppe 71 %, Kontrollgruppe 62 %).

Die Ergebnisse zeigen, dass durch relativ ressourcenneutrale Interventionskonzepte sich relevante Interventionseffekte auch im Jahres-Follow-up nachweisen lassen und zeigen Möglichkeiten auch weiterer Verbesserungen von Rehabilitationsergebnissen auf.

Psychosoziale e-Nachsorge nach onkologischer Rehabilitation

Birgit Watzke, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Im Rahmen des Vortrages sollen die Möglichkeiten, die neue Medien für eine Förderung der Nachhaltigkeit in der onkologischen Rehabilitation bieten könnten, anhand eines aktuell laufenden BMBF-Forschungsprojektes (Förderprogramm „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“) vorgestellt werden:

Vor dem Hintergrund des Optimierungspotentials des deutschen Gesundheitssystems bezüglich einer sektorenübergreifenden ‚integrierten‘ Versorgung ist es Ziel dieses Projektes, den Nutzen des Internets für den Bereich der psychosozialen Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation wissenschaftlich zu untersuchen. Mit der mittlerweile großen - und noch weiter zunehmenden - Verbreitung moderner Kommunikationstechnologien ergeben sich aktuell neue Möglichkeiten, über diese Technologien eine rehabilitative Nachsorge zu gestalten. Bei der Entwicklung und Implementierung neuer webbasierter Versorgungsmodelle ist deren Effektivität ebenso wie fördernde und hemmende Faktoren der Inanspruchnahme – auch im Sinne einer größeren Patientenorientierung – zu untersuchen.

Hierzu wurde ein ambulantes wohnortunabhängiges und zeitnahes Internetangebot in Form von Chatgruppen (E-Nachsorge unter Anleitung eines Psychotherapeuten mit zwölf Sitzungen über drei Monate) für Patientinnen mit Brustkrebs sowie für Patienten mit Prostatakrebs und gastroenterologisch-onkologischen Erkrankungen entwickelt. Das E-Modul (die Chatgruppe) beinhaltet ein offenes, psychotherapeutisch angeleitetes Gruppenangebot nach dem Ansatz einer „zieloffenen“ Gruppe mit starker interaktioneller Ausrichtung. Der vorstrukturierte Rahmen ist stark an den Bedürfnissen, Problemlagen und Ressourcen der Patientinnen und Patienten orientiert. Zur Überprüfung der Effektivität dieser Nachsorge-Chatgruppen wird ein quasi-experimentelles Design realisiert: Mit Bezugnahme auf den Ansatz der Versorgungsforschung wird dabei eine prospektive Mehrzeitpunktbefragung (vor und nach der stationären Rehabilitation, nach der E-Nachsorge sowie zum 6-Monats-Follow-Up) durchgeführt. Patienten, die eine E-Nachsorge erhalten, werden mit Patienten, die „Treatment as usual“ (d.h. keine spezifische E-Nachsorge) erhalten, hinsichtlich ihres Behandlungserfolges (Lebensqualität/ funktionale Gesundheit, psychisches Befinden u.a.) verglichen. Analysen zum Prozess (z.B. Aktivität des Patienten, Zugehörigkeitsgefühl) sowie zur Akzeptanz des Angebots und zur Patientenzufriedenheit ergänzen das Design.

Der Vortrag gibt einen Überblick zum theoretischen Hintergrund und Design der Studie sowie zu Aufbau und Inhalten des entwickelten E-Nachsorge-Moduls. Darüber hinaus sollen erste Erfahrungen und Daten zur Implementierung der Intervention in den kooperierenden Kliniken sowie zur aktuell laufenden Datenerhebung vorgestellt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Birgit Watzke, Dipl.-Psych.; Forschungsgruppe Psychotherapeutische Versorgung;
Institut für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Martinistraße 52; 20246 Hamburg
Tel.: +49-(0)40-7410-54883
watzke@uke.uni-hamburg.de

Internetgestützte Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Valiollah Golkaramnay, Burkhard Cicholas, Johannes Vogler

Hintergrund

Nachsorge als ein wichtiges Versorgungselement spielt in der stationären psychosomatischen Rehabilitation eine bedeutende Rolle. Seit einigen Jahren werden die Möglichkeiten neuer Medien genutzt, die psychosoziale Versorgung in dem Bereich zu optimieren. Die Integration neuer Angebote in der Versorgungslandschaft hängt jedoch von ihrer Akzeptanz und Wirksamkeit ab.

Im Rahmen des von dem DRV-Bund geförderten Forschungsprojektes „Wirksamkeit einer internetgestützten Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation“ wird die Akzeptanz und Wirksamkeit eines internetgestützten Nachsorgeangebots untersucht.

Methode

An der randomisierten Längsschnittstudie nehmen 600 Rehabilitanden aus 2 psychosomatischen Kliniken teil. Die Interventionsgruppe (n=225) erhält die internetgestützte Nachsorge. Die therapeutisch begleiteten Chatgruppen finden einmal pro Woche und für die Dauer von 15 Wochen statt. Die Daten zur psychischen und körperlichen Verfassung der Probanden sowie ihre berufsbezogenen und rehabilitationsrelevanten Daten werden u.a. durch standardisierte Messinstrumente wie BSI, BDI, GBB-24 und AVEM an 5 Messzeitpunkten erfasst: bei der Aufnahme in und Entlassung aus der Klinik, sowie 4, 8 und 12 Monate nach der Entlassung aus der Klinik.

Ergebnisse

Die vorläufigen Ergebnisse weisen auf die hohe Akzeptanz und die Wirksamkeit des Angebotes hin. Die Endergebnisse der Studie werden Ende 2009 erwartet.

Diskussion

Diskutiert werden die Chancen und Grenzen der Online-Gruppen.

Literatur

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

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

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

Korrespondenzadresse

Valiollah Golkaramnay
Waldburg-Zeil Kliniken
Klinik Alpenblick, Kurweg 9, 88316 Isny im Allgäu
Tel.: 07562-711571
valiollah.golkaramnay@wz-kliniken.de

Telefonische Nachsorge zur Bewegungsförderung für Rehabilitanden mit Adipositas

Dr. Veronika Ströbl¹, Ulrike Landgraf¹, Dr. Werner Knisel², Prof. Dr. Dr. Hermann Faller¹

¹Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich
Rehabilitationswissenschaften

²Rehabilitationszentrum Bad Kissingen der Deutschen Rentenversicherung Bund, Klinik Saale

Die Nachhaltigkeit von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ist oft nicht optimal. Den Patienten gelingt es z. T. nicht, die in der Rehabilitation initiierten Verhaltensänderungen langfristig weiterzuführen und in ihren Alltag zu integrieren. Daher werden Nachsorge-maßnahmen gefordert, um den Transfer zu verbessern.

Von besonderer Bedeutung für Patienten mit Adipositas mit Ko- oder Folgemorbidität ist eine langfristige Umstellung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, um eine in der Rehabilitation erreichte Gewichtsreduktion langfristig zu stabilisieren. Für körperliche Aktivität haben sich Interventionen zur Planung der Umsetzung im Alltag in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation als erfolgreich erwiesen. Um Patienten mit Adipositas bei der Integration von körperlicher Aktivität in den Alltag zu unterstützen und die langfristige Umsetzung zu fördern, scheint die Kombination einer Planungsintervention mit telefonischer Nachsorge vielversprechend.

Eine solche kombinierte Planungs- und Nachsorgeintervention zur Bewegungsförderung wird im Projekt „Evaluation einer Planungsintervention mit tel. Nachsorge zur Förderung körperlicher Aktivität“ (gefördert im Rahmen des Förderschwerpunkts Chronische Krankheiten und Patientenorientierung, FKZ 01 GX 0722) umgesetzt. Im Rahmen der Intervention planen die Patienten bereits während ihres Rehabilitationsaufenthaltes körperliche Aktivitäten, die sie zu Hause umsetzen möchten; in 6 telefonischen Nachsorgegesprächen, die sich über einen Zeitraum von 6 Monaten erstrecken, wird die Umsetzung der geplanten Aktivitäten besprochen, und die Patienten werden ggf. bei der Überwindung auftretender Hindernisse sowie einer Modifikation der Pläne unterstützt. Ziel des Projekts ist die Prüfung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der kombinierten Planungs- und Nachsorgeintervention im Vergleich zum stationären Standard-Behandlungsprogramm einer Rehabilitationsklinik bei Patienten mit Adipositas (BMI zwischen 30 und 40).

Die Beantwortung der Hauptfragestellungen erfolgt über ein prospektives, kontrolliertes und randomisiertes Design mit Katamnese-Erhebungen 6 und 12 Monate nach der Rehabilitation. Die Datenerhebung hat im Oktober 2008 begonnen und wird bis Ende 2010 andauern. Zum aktuellen Zeitpunkt haben 393 Patienten an der Studie teilgenommen (t1) und es liegen Daten zur 6-Monats-Katamnese von 91 Teilnehmern vor.

Im Vortrag werden das Konzept der Planungs- und Nachsorgeintervention, die Ausgangssituation der Teilnehmer sowie Ergebnisse zur Machbarkeit und Akzeptanz präsentiert.

Korrespondenzadresse

Dr. Veronika Ströbl

Universität Würzburg

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, AB Rehabilitationswissenschaften

Marcusstr. 9-11, 97070 Würzburg

Tel. 0931/31-82077

stroebel@uni-wuerzburg.de

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

Heiner Vogel¹, Sonja Konrad¹ & Anton Holderied²

¹Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich
Rehabilitationswissenschaften

²Deutsche Rentenversicherung Nordbayern, Ärztlicher Dienst

Mit der vorliegenden Studie sollte die Häufigkeit von Nachsorgeempfehlungen in einer unausgelesenen Stichprobe von stationären orthopädischen Reha-Maßnahmen erhoben und katamnestisch hinsichtlich der Umsetzung geprüft werden.

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

Ergebnisse. Insgesamt konnten 50 Rehabilitanden (auch unter Berücksichtigung weiterer Ausschlusskriterien) in die Studie aufgenommen und telefonisch befragt werden. Bei jedem Rehabilitanden fanden sich eine oder mehrere Nachsorgeempfehlungen. Insgesamt konnten 57 standardisierte und 75 nicht-standardisierte Empfehlungen gezählt werden. Bei einem Viertel der Empfehlungen, speziell bei den nicht-standardisierten, konnten die Probanden sich nicht an die Empfehlungen erinnern. Ca. 2/3 der Empfehlungen wurden nach Eigenangaben zwischenzeitlich umgesetzt. Zwar wünschten sich ¾ der Rehabilitanden eine Verbesserung der Reha-Nachsorge; jedoch beurteilten fast alle Rehabilitanden die Vorbereitung auf den Alltag und den Beruf nach der Reha als befriedigend, gut oder sehr gut (Schulnotenskala). Eine bessere Einbindung der Hausärzte in die Nachsorge hielten etwa 2/3 der Rehabilitanden für wichtig oder eher wichtig. Sowohl der Reha-Klinik als auch dem Rehabilitationsträger wird von 4/5 der Befragten eine wichtige oder sehr wichtige Rolle für die Verbesserung der Rehabilitationsnachsorge zugewiesen.

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

Korrespondenzadresse

Dr. Heiner Vogel

Universität Würzburg

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, AB Rehabilitationswissenschaften

Klinikstr. 3, 97070 Würzburg

h.vogel@uni-wuerzburg.de

Neue Wege in der Rehabilitation: Reha-Nachsorge im Fokus

Schramm, S., Deck, R., Hüppe, A., Raspe, H.

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

Hintergrund

„Erfolgreiche Reha braucht Nachsorge“¹ – Deshalb wurden in jüngster Zeit zahlreiche Nachsorgekonzepte entwickelt und erprobt. Trotz der vielfältigen Bemühungen scheint das Erreichte jedoch noch nicht zufriedenstellend: der Begriff der Nachsorge reflektiert noch zu wenig die Perspektive des Rehabilitanden. Vor diesem Hintergrund wurde an unserem Institut ein exemplarisches Nachsorgemodul („Neues Credo“) entwickelt, dessen Wirksamkeit derzeit durch eine kontrollierte, multizentrische Längsschnittstudie² evaluiert wird.

Ziel

Da das Vorhaben auf begleitete Eigeninitiative bzw. Eigenverantwortung der Rehabilitanden fokussiert, erwarten wir eine Verstetigung von Handlungsroutrinen im Bereich körperlicher Aktivität und damit implizit einen größeren Reha-Erfolg, insbesondere im längerfristigen Verlauf.

Projektbeschreibung

Die eigeninititative Nachsorge wird schon während des Reha-Aufenthaltes durch die Förderung von Selbstmanagement und Eigenverantwortung vorbereitet und nach der Reha für einen Zeitraum von 12 Monaten in Form von Rehabilitandentagebüchern begleitet bzw. per E-Mail oder Telefonkontakt kontrolliert.

Die Probanden der IG (N=300 Patienten mit cRS) durchlaufen die „begleitete“ Nachsorge, die doppelte Anzahl (zur Bildung von Matched Pairs) von Kontrollpatienten (KG) erhält die Standardnachsorgeempfehlungen der Klinik. Alle Rehabilitanden werden zu 3 MZP (Reha-Beginn, Reha-Ende, nach 12 Monaten) schriftlich befragt.

Aktueller Stand

Die Rekrutierung erfolgte wie geplant, die Zwölfmonatskatamnese läuft noch; es zeichnen sich Rückläufe von 60% für die IG bzw. 70% für die KG ab.

Erste Daten für den Messzeitpunkt „Reha-Ende“ zeigen, dass die Rehabilitanden der IG alle Angebote intensiver nutzen als die der KG, dass sie sich selbst schon während der Rehabilitation auf die Zeit nach der Reha vorbereiten und dass sie die Nachsorge-Empfehlungen der Klinik signifikant besser bewerten als die Rehabilitanden der KG, die hier die bekannt ungünstigen Bewertungen vornehmen. Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Parameter profitieren erwartungsgemäß sowohl IG als auch KG von der Rehabilitation. Wir nehmen jedoch an, dass die IG, im Unterschied zur KG, die erzielten positiven kurzfristigen Reha-Effekte langfristig auch aufrecht erhalten kann. Ergebnisse hierzu sind aktuell noch ausstehend.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Susanne Schramm
Institut für Sozialmedizin
Ratzeburger Allee 160 (Haus 50)
23538 Lübeck
Tel.: 0451/ 500 58 82
susanne.schramm@uk-sh.de

¹ Köpke KH (2007): Unverzichtbar und unterschätzt – Nachsorge als integraler Teil der Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung 11/ 12:790-801.

² „Rehabilitationsnachsorge – ein neues Credo für Rehabilitationskliniken“. Gefördert von der Deutschen Rentenversicherung und dem BMBF.