

Gemeinsame Tagung des
Netzwerk Rehabilitationsforschung in Bayern e.V.
und des
Zentrums Patientenschulung

Patientenorientierung in der Rehabilitation

Abstractband

10 Jahre
vernetzte Rehabilitationsforschung
in Bayern

6. und 7. November 2008
in Würzburg



Poster-Nr. Abstracts

- 01 Evaluation des Stresskompetenztrainings BUSKO - erste ausgewählte Ergebnisse (Küch, D., Roßband, H., Kimmer, K. & Morfeld, M.)
- 02 Effekte des Stresskompetenztrainings BUSKO auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Belastung in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (Buchfink, L., Küch, D., Roßband, H. & Morfeld, M.)
- 03 Das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBO-Rehabilitation) bei Stresskompetenztraining BUSKO (Zech, M., Küch, D., Rossband, H. & Morfeld, M.)
- 04 Ergebnisse einer multimodalen Intervention mit Kompetenz-Training bei Patienten mit Herzinsuffizienz im Rahmen einer kardiologischen Rehabilitation (Glatz, J. & Karger, G.)
- 05 Schulungsseminar Herzklappe in der kardiologischen Rehabilitation – Entwicklung und formative Evaluation eines Curriculums (Seekatz, B., Meng, K., Folttmann, Ch. & Schubmann, R.)
- 06 „Berufliche Zukunft“ - Evaluation eines Behandlungsprogramms für Patienten mit sozialmedizinischer Problematik in der medizinischen Rehabilitation (Dorn, M., Bönisch, A. & Ehlebracht-König, I.)
- 07 Ambulante Schmerznachsorge für Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen und psychosozialen Problemen (Pönicke, J., Ehlebracht-König, I., Bönisch, A. & Dorn, M.)
- 08 Patientenschulungen für Beschäftigte mit berufsbedingten Hauterkrankungen in Metall- und Maschinenbauberufen (Mertin, M., Sieverding, M., Wulfhorst, B. & John, S. M.)
- 09 Besonderheiten einer Schulung für Frauen mit Endometriose (Brandes, I.)
- 10 Vorstellung des Projekts PEFiT - Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation (Steger, A.-K., Ehrhardt, H. & Körner, M.)
- 11 Projekt „Transfersichernde Kommunikation©“ Entwicklung eines Curriculums bei Dr. Becker PhysioGym (Grießhammer, S. & Thomassen, A.)
- 12 Systematische Qualitätsentwicklung durch Optimierung des Lehr-Lerntransfers in Patientenschulungen: Ergebnisse der Pilotphase in einer Rehabilitationsklinik (Grießhammer, S. & Schubmann, R.)
- 13 Neue Studie zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Erfolg von Reha-Maßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (Härtel, U., Gottfried, T., Müller, M., Todzi, W. & Symannek, C.)
- 14 Alltagsaktivität als Indikator für die körperliche Leistungsfähigkeit bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (Jehn, M.)
- 15 Unterschiede zwischen der Motivation zu Sport und gesunder Ernährung bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen in der stationären medizinischen Rehabilitation (Reusch, A.)
-

Evaluation des Stresskompetenztrainings BUSKO - erste ausgewählte Ergebnisse

Küch, D.¹, Roßband, H.¹, Kimmer, K.¹ & Morfeld M.²

¹Klinik Werra, Bad Sooden Allendorf; ²Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)

Hintergrund

In einem Screening zum psychologischen Bedarf in der Klinik Werra berichtete fast die Hälfte aller Rehabilitanden über besondere berufliche Belastungen (Küch et al., 2007). Daraufhin wurde ein Stresskompetenztraining mit beruflicher Orientierung (BUSKO = Beruf und Stresskompetenz) entwickelt und in zwei Alternativen vergleichend beforscht: BUSKO-Kompetenz mit der Ausrichtung auf instrumentelle und mentale Kompetenz (14 Stunden), BUSKO-Balance (Schwerpunkt regenerative Kompetenz; 13 Stunden; siehe Abbildung 1; Kaluza, 2007). Die Zuweisung zu den Gruppen erfolgte auf freiwilliger Basis. Dabei wurde die therapeutische Strategie der partizipativen Entscheidungsfindung gewählt. Durchgeführt wurden die Stresskompetenztrainings durch Diplomandinnen im Studiengang Rehabilitationspsychologie (Hochschule Magdeburg-Stendal) nach entsprechender Fortbildung (Hospitation, TTT, Supervision).

Methode

Es handelt sich um eine Längsschnittuntersuchung. Die Daten zu T1 (vor dem Training) und T2 (nach dem Training) wurden im Zeitraum April bis Juli 2008 erhoben, die postalische Nachbefragung ist für Frühjahr 2009 geplant (T3). Die Fragebogenbatterie umfasste soziodemographische Variablen, ein modifiziertes Würzburger Screening zu Arbeitsbelastungen, die Fragebögen AVEM, BSI, SF-12 und Fragebögen zu Gratifikationskrisen und Überbeanspruchung (Siegrist, 2002). Ergänzt wurde diese Batterie um selbst entwickelte Fragebögen zur Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und Stresskompetenz (FELS) und zur formativen und ergebnisorientierten Evaluation.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 223 Patienten an der Forschung teil (71% Frauen), Durchschnittsalter 50,8 Jahre). Erste Ergebnisse zeigten eine hohe Akzeptanz aller Module beider Verfahren, besonders die Module zur Rückmeldung mit dem AVEM und zur Konfliktanalyse wurden als hilfreich erlebt. Bezüglich der subjektiven Wirkungen zeigte sich BUSKO-Kompetenz nach der Seminarsdurchführung (T2) überlegen gegenüber der Kontrollgruppe BUSKO-Balance (Gruppenklima; Wirkungen zu berufsbezogenen Kognitionen im Sinne mentaler Kompetenzen, siehe Abbildung 2). Erste Ergebnisse zu Befindlichkeit, Lebensqualität und Gratifikationskrisen werden bei Buchfink et al., (2008) und Zech et al. (2008) dargestellt (s. a. Posterabstracts 02, 03).

Literatur

Kaluza, G. (2007). *Gelassen und sicher im Stress*. Springer Verlag.

Küch, D., Rusdorf, S., Roßband, H. & Morfeld, M. (2007). Analyse des Bedarfs psychologischer Interventionen in der Rehabilitation – Vergleich dreier Screening-Instrumente zur Feststellung psychischer Auffälligkeiten. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.): *Motivierung zur Lebensstiländerung. Strategien und Konzepte*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.

Korrespondenzadresse

Dr. Dieter Küch, Dipl. Psych. MPH
 Klinik Werra, Reha-Zentrum Bad Sooden Allendorf, Deutsche Rentenversicherung Bund
 Berliner Str. 3, 37242 Bad Sooden Allendorf
 Tel: 05652-951-546
 E-mail: dr.dieter.kuech@drv-bund.de

**Aufbau des Stresskompetenztrainings BUSKO
 (Beruf und Stresskompetenz) der Klinik Werra**

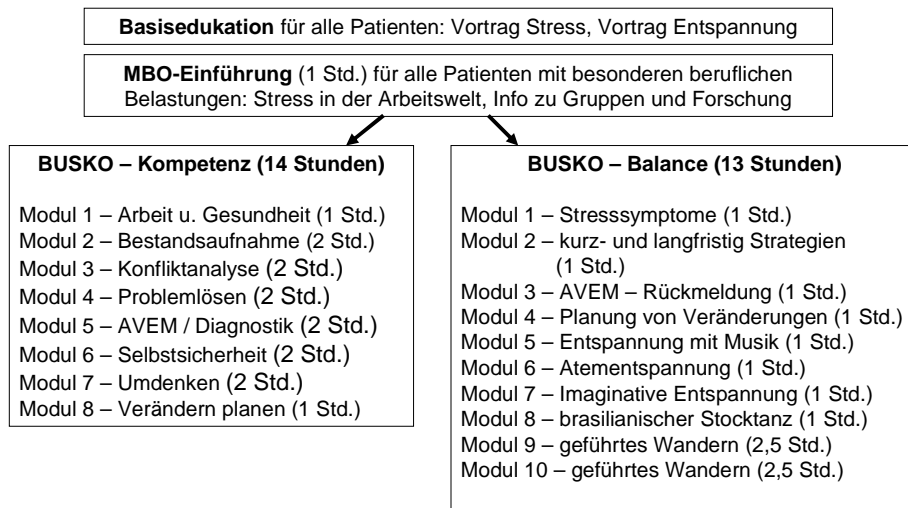


Abbildung 1: Formaler Aufbau des Stresskompetenztrainings BUSKO

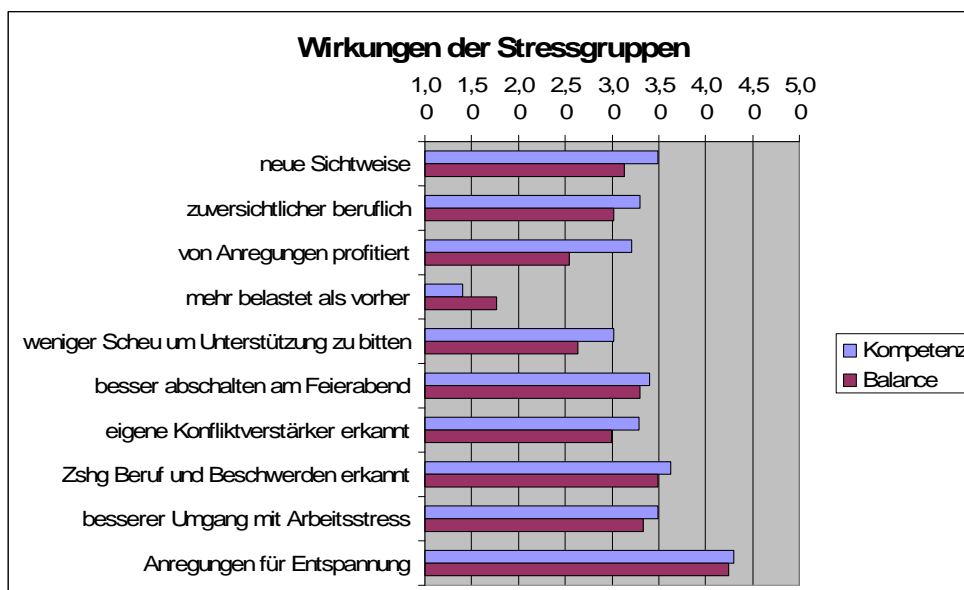


Abbildung 2: Wirkungen von BUSKO im Vergleich der beiden Gruppen

Effekte des Stresskompetenztrainings BUSKO auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Belastung in der medizinisch- beruflich orientierten Rehabilitation

Buchfink, L.¹, Küch, D.², Roßband, H.² & Morfeld, M.¹

¹ Fachhochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Studiengang Rehabilitationspsychologie; ² Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf, Klinik Werra, Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund

Internen Erhebungen der Klinik Werra zufolge sind bei ca. 40-60% ihrer orthopädischen und internistischen (Schwerpunkt Pulmologie) Rehabilitanden besondere berufliche Belastungen zu verzeichnen, woraufhin die Durchführung und Evaluation des Stresskompetenztrainings BUSKO (Beruf und Stresskompetenz) angeregt wurde (s. a. Posterabstracts 01, 03). BUSKO wurde einmal in einer problemlöseorientierten Version (BUSKO-Kompetenz) und in einer auf Ausgleich ausgerichteten Form (BUSKO-Balance als Kontrollgruppe) durchgeführt. Derartige berufsbezogene Interventionen gewinnen in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBO-Reha) zunehmend an Bedeutung, weisen jedoch Evaluationslücken hinsichtlich ihrer spezifischen Behandlungseffekte sowie längerfristiger Stabilität des beruflichen Therapieerfolgs auf (Hillert, Koch & Hedlund, 2007). Vor diesem Hintergrund wurde die Effektivität der beiden Stresspräventionstrainings anhand der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der psychischen Belastung überprüft.

Methode

Die Daten wurden anhand der folgenden Instrumente ermittelt: Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12; Bullinger & Kirchberger, 1998), Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000); Falldefinition ab Global Severity Index, GSI. Die Stresskompetenzgruppen (BUSKO-Kompetenz sowie die Kontrollgruppe BUSKO-Balance) wurden in den Wochen 15-27/2008 durchgeführt und insgesamt Daten an 223 Patienten erhoben, die vor Beginn der Rehabilitation angaben, unter besonderen beruflichen Belastungen zu leiden. Von diesen Rehabilitanden gingen 172 (70% Frauen) in die Berechnungen ein¹. Die oben angegebenen Fragebögen wurden jeweils vor und nach der Intervention (zeitlicher Abstand zwei Wochen) erhoben. Die Daten wurden mit multivariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung ausgewertet, dabei wurden drei Faktoren (1. BUSKO-Kompetenz vs. BUSKO-Balance, 2. Geschlecht, 3. Zeit) aufgenommen.

Ergebnisse

Die Patienten waren zu Beginn der Rehabilitation körperlich und psychisch hoch belastet. Sowohl die körperliche Summenskala (SF-12: M=36.7, SD=8.7) als auch die psychische Summenskala (SF-12: M=40.0, SD=11.5) der subjektiven Lebensqualität waren zum ersten Messzeitpunkt sehr niedrig ausgeprägt. Des Weiteren wies der Mittelwert des Global Severity Index (BSI) mit 62.4 (SD=13.1) eine sehr starke psychische Belastung auf.

¹ Diese Datenreduktion resultierte aus fehlenden Daten, dessen Fälle zugunsten der Testgütekriterien selektiert wurden.

Die Ergebnisse zeigten, dass beide Stressgruppen innerhalb von zwei Wochen nicht signifikant zu einer verbesserten Lebensqualität beitragen konnten. Hinsichtlich der psychischen Belastung zeigten sich lediglich Veränderungen über die Zeit in Verbindung mit dem Geschlecht. Unterschiede zwischen BUSKO-Kompetenz und BUSKO-Balance zeigten sich bei Frauen hinsichtlich der Veränderung des GSI (großer Effekt; nach Cohen $d = 0.81$). Bei BUSKO-Kompetenz-Teilnehmerinnen lag der Effekt im mittleren Bereich ($d = 0.66$) und bei BUSKO-Balance-Teilnehmerinnen zeigte sich ein starker Effekt ($d = 0.91$). Teilnehmerinnen der BUSKO-Balance-Gruppe profitierten damit mehr hinsichtlich der Senkung der psychischen Belastung als die Patientinnen, die am problemlöseorientierten Stresstraining BUSKO-Kompetenz teilnahmen.

Schlussfolgerungen

Die niedrigen Werte der Lebensqualität und die hohe psychische Belastung resultieren vermutlich aus dem Stress am Arbeitsplatz. Vergleichende Analysen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Rehabilitanden mit und ohne besondere berufliche Belastungen sind zukünftig notwendig, um diese Vermutung zu stützen. Kurzfristige Effekte der Stressgruppen auf die Lebensqualität konnten in der Interventionszeit von zwei Wochen nicht abgebildet werden. Jedoch ist davon auszugehen, dass zumindest bei Frauen die Auseinandersetzung mit ihren beruflichen Belastungen die Copingstrategien im Umgang mit Stress erweitern und neue Erkenntnisse zur Arbeitsplatzgestaltung bzw. persönlichen Veränderungen erbringen, welche die psychische Belastung senken. Aufgrund der relativ kleinen Stichprobe der Männer konnten für diese keine Effekte nachgewiesen werden. Eine Replikation mit einer größeren Stichprobe ist deshalb zu empfehlen.

Literatur

- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (BSI) - Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Hillert, A., Koch, S. & Hedlund, S. (2007). *Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Ein stationäres berufsbezogenes Gruppenprogramm. Trainerhandbuch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Korrespondenzadressen

Lydia Buchfink, Cand. Dipl. Reha-Psych.
OT Schönnewitz, 04758 Liebschützberg
E-Mail: Buchfink-ly@gmx.de

Dr. Dieter Küch, Dipl. Psych. MPH
Klinik Werra, Reha- Zentrum Bad Sooden Allendorf, Deutsche Rentenversicherung Bund
Berliner Straße 3
37242 Bad Sooden Allendorf
E-Mail: dr.dieter.kuech@drv-bund.de

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBO-Rehabilitation) bei Stresskompetenztraining BUSKO

Zech, M.¹, Küch, D.², Rossband, H.² & Morfeld, M.¹

¹Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Fachbereich für angewandte Humanwissenschaften, Studiengang Rehabilitationspsychologie; ²Rehabilitationszentrum Bad Sooden-Allendorf, Klinik Werra, Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund

In Hinblick auf die Zunahme von Stress am Arbeitsplatz und den damit einhergehenden gravierenden gesundheitlichen Auswirkungen ist in der medizinischen Rehabilitation ein zunehmender Bedarf an ergänzenden berufsbezogenen Behandlungsangeboten zu verzeichnen (Küch, Rusdorf, Rossband & Morfeld, 2008). Dabei stellt das Beruf- und Stresskompetenztraining BUSKO eine gezielte Interventionsmaßnahme im Rahmen der medizinisch beruflich orientierten (MBO) Rehabilitation dar. Das stresstheoretische Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Siegrist 1996; 2002) ermöglicht es, Zusammenhänge zwischen psychosozialen Belastungen im Berufslebens und gesundheitlichen Risiken aufzuzeigen. Die Modellannahmen postulieren ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und erhaltener Belohnung (Effort-Reward-Imbalance) und ein individuelles Bewältigungsverhalten in Form übersteigter beruflicher Kontrollbestrebungen (Overcommitment). Ein Einsatz des entsprechenden Instruments zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen hat im Zusammenhang der MBO-Rehabilitation noch nicht stattgefunden.

Methode

In der vorliegenden Studie wurde der von Siegrist konzipierte Fragebogen zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen an einer Stichprobe medizinischer Rehabilitanden eingesetzt und hinsichtlich seiner Änderungssensitivität überprüft. Die Messungen erfolgten längsschnittlich vor (T1) und nach (T2) 14-tägiger Interventionsmaßnahme (BUSKO) in der Rehabilitationsklinik Werra, Bad Sooden-Allendorf. Hierzu wurden mittels partizipativer Entscheidungsfindung („shared decision-making“) eine Interventions- und Kontrollgruppe gebildet. Die Zuweisung erfolgte also nicht zufällig sondern nach Präferenz der Patienten. Eine Follow-up Untersuchung (T3) ist 12 Monate nach Entlassung aus der Rehabilitation geplant.

Ergebnisse

Die Gesamtstichprobe (N = 150) setzte sich zu 72% aus Frauen und 28% aus Männer bei einem Durchschnittsalter von 50,6 Jahren zusammen. Weiterhin waren 95% aller Forschungsteilnehmer im Angestelltenbereich beschäftigt, bei einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 38,25 Stunden. Die Ergebnisse der psychometrischen Analysen reproduzierten die Faktorenstruktur und belegten eine gute Reliabilität des Instruments zu T1. Die Annahme, dass in dieser Population berufliche Gratifikationskrisen in einem klinisch relevanten Ausmaß zum Messzeitpunkt T1 vorzufinden sind, konnte bestätigt werden (Effort-Reward-Imbalance - ERI 24,67%; Overcommitment - OC 25,34%). Dabei unterschieden sich die beiden Gruppen zu T1 signifikant hinsichtlich OC, die Kontrollgruppe wies höhere Mittelwerte auf. Im evaluativen Einsatz gestattete das Instrument keine Abbildung von signifikanten Veränderungen durch die Interventionsmaßnahme BUSKO und erwies sich bezüglich seiner Änderungssensitivität als nicht ausreichend. Dies bezieht sich sowohl auf die Gesamtstichprobe, als auch auf den Vergleich beider Gruppen. Ausschließlich im Zeitverlauf ergab sich hinsichtlich ERI eine signifikante Verschlechterung der Mittelwerte in der Gesamtstichprobe.

Es zeigten sich jedoch hinsichtlich beider Konstrukte zu beruflichen Gratifikationskrisen tendenzielle Verbesserungen in den hohen Bereichen der Risikoausprägungen nach beruflichem Stresskompetenztraining BUSKO.

Diskussion und Ausblick

Zusammenfassend kann auf Grund der vorliegenden Ergebnisse festgestellt werden, dass das Instrument der beruflichen Gratifikationskrisen psychosoziale Belastungen erfassen und abbilden konnte. Somit gestattet es die Identifizierung von Risikogruppen und könnte als Maß für eine differenzierte Zuweisung zu gezielten Stresskompetenztrainings in der medizinischen beruflichen Rehabilitation dienen. Als ein mögliches Outcomeinstrument sollte es in weiteren Studien eingesetzt und getestet werden. Der mangelnde Nachweis von Effekten könnte auch mit einem Optimierungsbedarf der Interventionsmaßnahmen in Verbindung gebracht werden, allerdings sind hierzu die anderen Ergebnisse der laufenden Evaluation zu berücksichtigen. Es bleibt abzuwarten, welche Ergebnisse sich in der Follow-up Befragung, nach Rückkehr der Rehabilitanden in den beruflichen Alltag, abzeichnen werden.

Literatur

- Küch, D., Rusdorf, S., Rossband, H. & Morfeld, M. (2008). Analyse des Bedarfs psychologischer Interventionen in der Rehabilitation – Vergleich dreier Screening-Instrumente zur Feststellung psychischer Auffälligkeiten. In 17. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung* (88-90). Frankfurt am Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislaufisrisiken im Erwerbsleben. In H. W. Krohne, P. Netter, L. Schmidt & R. Schwarzer (Hrsg.), *Reihe Gesundheitspsychologie* (Band 5). Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. In P.L. Perrewe & P.C. Ganster (Hrsg.), *Historical and current perspectives on stress and health* (261-291). Amsterdam: JAI Elsevier.

Korrespondenzadresse

Manuela Zech, cand. Dipl. Rehabilitationspsychologin (FH)
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)
Frommhagenstraße 8a; 39576 Stendal
E-Mail: manuela.zech@gmx.net

Ergebnisse einer multimodalen Intervention mit Kompetenz-Training bei Patienten mit Herzinsuffizienz im Rahmen einer kardiologischen Rehabilitation

Glatz, J.¹ & Karger, G.²

¹ Rehabilitations-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung-Bund, Teltow b Berlin;

² Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl, RehaZentren Baden-Württemberg, Heidelberg

Hintergrund

Herzinsuffizienz ist ein häufiges klinisches Syndrom mit wachsender Bedeutung und schlechter Prognose. Sie verursacht hohe Gesundheitskosten, insbesondere durch eine hohe Rate stationärer Wiederaufnahmen bei kardialen Dekompensationen. Ursache der Herzinsuffizienz ist unter anderem eine schlechte Compliance der Patienten mit den empfohlenen Behandlungsmaßnahmen. Es wird daher nach wirksamen Konzepten gesucht, diese zu verbessern. Auch wurde in Studien bezüglich der verordneten Dosis der prognoserelevanten Medikation mit ACE-Hemmern und Betablockern eine niedrige Konformität mit den publizierten Leitlinien der Fachgesellschaften gefunden (Swedberg et al., 2005). Multimodale Herzinsuffizienz-Management-Programme zeigten bisher unterschiedliche, überwiegend aber positive Effekte auf die Wiederaufnahmerate, Mortalität und Lebensqualität (Gonseth, 2004; Koelling, 2005). Zu den Effekten einer Patienten-Schulung im Sinne eines Kompetenz-Trainings liegen bisher jedoch nur wenige Untersuchungen vor, insbesondere da evaluierte Herzinsuffizienz-Schulungsprogramme in Deutschland bisher fehlen. Es wurde daher ein strukturiertes Schulungsprogramm entwickelt, kontinuierlich verbessert und seit 2004 bei über 800 Patienten in zwei Zentren im Rahmen einer Rehabilitation angewandt. Zur Vorbereitung auf die geplante Evaluation des Programms wurde eine Pilot-Studie durchgeführt, um die Effekte dieses Programms auf das Wissen, die gesundheits- und krankheitsbezogene Lebensqualität, auf subjektive und objektive Parameter der Leistungsfähigkeit und die Leitlinienkonformität mit der Medikation zu messen. Bezüglich der 6-Monats-Erhebung handelt es sich um eine Zwischenauswertung.

Methode

Alle Patienten mit ausreichenden Sprachkenntnissen und einer linksventrikulären Auswurfraction (LV-EF) $\leq 40\%$, wurden im Rahmen einer kardiologischen Rehabilitation im Rehabilitationszentrum Seehof vom 1.7.2007 - 30.6.2008 kontinuierlich eingeschlossen. Die 67 Patienten waren zu 81% männlich, das mittlere Alter betrug 53,5 Jahre (CI $\pm 1,8$), die durchschnittliche LV-EF betrug 31,7% (CI $\pm 1,8$), der Schweregrad auf mittlerem Niveau (NYHA-Stadium 2,4, CI $\pm 0,14$). Zu Beginn (t0), am Ende der Rehabilitation (t1) und nach 6 Monaten (t2) wurden folgende Parameter erhoben und mittels t-Test für gepaarte Stichproben verglichen: Wissen über Herzinsuffizienz (schriftlicher 10-Fragen-Test, % richtiger Fragen), Ausprägung von Angst und Depression (Fragebogen HADS, Summenscore, prozentualer Anteil der Patienten mit Angst- und Depressions-Score > 11), allgemeine (Fragebogen SF 36, körperlicher (K)- und psychischer Summen (P)- Score) und krankheitsbezogene Lebensqualität (Fragebogen KCCQ, Summenscore). Biomarker (NT-proBNP) und 6-Minuten-Gehtest, sowie die Verordnungshäufigkeit und der Anteil der empfohlenen Zieldosis von Betablockern und ACE-Hemmern wurden nur zu t0 und t1 erfasst.

Ergebnisse

Es fand sich ein signifikanter Wissenszuwachs im Wissenstest (65 auf 81%), ein signifikanter Abfall des HADS-Angst-Scores (7,4 auf 6,6), ein nicht signifikanter Anstieg des Anteils der Patienten mit einem Angst-Score > 11 von 27% auf 29%, ein signifikanter Abfall des HADS-Depressions-Scores (7,3 auf 6,2) und ein signifikanter Abfall des Anteils der Patienten mit einem Depressions-Score >11 von 28% auf 20%. Die gesundheitsbezogenen Lebensqualität im körperbezogenen Summen-Score des SF-36 stieg von 37,1 auf 41,1 signifikant, im psychischen Summen-Score von 45,3 auf 50,4. Die krankheitsspezifische Lebensqualität im Summen-Score des KCCQ stieg von 37,1 auf 41,1 signifikant. In der Zwischenauswertung nach 6 Monaten (t 2) fand sich im Vergleich zum Zeitpunkt t 1 ein Abfall des Wissens im Wissenstest, ein weiterer Abfall des Angst-Scores und ein Anstieg des Depressions-Scores im HADS, eine weitere Verbesserung im SF 36-Score sowie ein geringer Rückgang des Summen-Score des KCCQ. Die Herzbelastung gemessen durch den Biomarker NT-proBNP zeigte einen signifikanten Abfall von 1459 auf 992 pg/ml, die Gehstrecke im 6-Minuten-Gehtest einen signifikanten Anstieg von 410 auf 470m. Der Anteil der Patienten, denen ACE-Hemmer oder AR-Blocker verordnet wurden, stieg von 93 auf 100%, der Anteil der Zieldosis von 94,7 auf 116%, bei den Betablockern stieg der Anteil von 96 auf 99%, die Zieldosis wurde von 58% auf 83% gesteigert.

Schlussfolgerung

Ein multimodales Programm mit Schwerpunkt Kompetenztraining führt im Rahmen einer kardiologischen Rehabilitation bei Patienten mit Herzinsuffizienz zu einer Verbesserung des Wissens über die Erkrankung, der Ausprägung von Angst und Depression, der Lebensqualität, der Konformität mit den publizierten Leitlinien, sowie Parametern der Herzbelastung und der Leistungsfähigkeit. Diese Veränderungen sind jedoch nur teilweise nachhaltig. Eine intensivierete Nachsorge dieser Patienten ist daher vermutlich notwendig.

Literatur

- Gonseth, J. (2004). The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports, *European Heart Journal*, 25, 1570 - 1595.
- Koelling, T. M.,(2005). Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients With Chronic Heart Failure, *Circulation*, 111, 179 -185.
- Swedberg, K. (2005). Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure (Update 2005), *European Heart Journal*, 26 (11), 1115-1140.

Korrespondenzadresse

Dr. Johannes Glatz
Rehabilitationszentrum der Deutschen Rentenversicherung- Bund
Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow bei Berlin
Tel: 03328 345631
E-mail: dr.med.johannes.glatz@drv-bund.de

Schulungsseminar Herzklappe in der kardiologischen Rehabilitation – Entwicklung und formative Evaluation eines Curriculums

Seekatz, B.¹, Meng, K.¹, Foltmann, Ch.² & Schubmann, R.²

¹Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie,
AB Rehabilitationswissenschaften; ²Klinik Möhnesee, Möhnesee-Körbecke

Einleitung

Die Zahl an Herzklappenoperationen, insbesondere im hohen Lebensalter, hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Herzklappenpatienten stellen heute einen bedeutsamen Anteil der kardiologischen Rehabilitanden dar.

Ziel ist die Entwicklung eines manualisierten indikationsbezogenen Schulungscurriculums für Patienten nach Herzklappenoperationen, das sich an den Qualitätskriterien für Patientenschulungen (Ströbl, Friedl-Huber, Küffner, Reusch, Vogel & Faller, 2007; Deutschen Rentenversicherung Bund, 2007), an den Therapieleitlinien der kardiologischen Fachgesellschaften (Dietz & Rauch, 2003) sowie an der Realisierbarkeit im Alltag einer Rehabilitationsklinik orientiert.

Methoden

Für das 70minütige Herzklappenseminar wird ein Manual ausgearbeitet, in dem Lernziele, Lernzielebenen, zeitliche Vorgaben, Gruppengröße und didaktische Methoden definiert werden. Die Schulung wird mit anderen indikations- und bedarfsspezifischen Schulungsangeboten vernetzt. Das erstellte Curriculum wird durch schriftliche Patientenbefragungen zu zwei Messzeitpunkten (Rehabilitationsbeginn und -ende) formativ evaluiert. Evaluationsparameter sind die Bewertung der Schulung durch die Rehabilitanden, der Wissenszuwachs für relevante Schulungsinhalte und krankheitsbezogene Verhaltensempfehlungen, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie medizinische und soziodemographische Parameter. Zusätzlich werden Schulungsinteresse und Wünsche der Patienten an die Gestaltung von Schulungen erfragt, um die Schulung besser auf die Bedürfnisse der Patientengruppe abzustimmen zu können.

Ergebnisse

Die Teilnehmer (n = 105) sind zu 63% Männer und im Mittel 69,7 Jahre (SD = 8,8) alt. 80% der Patienten leiden an einer Erkrankung der Aortenklappe, bei 30% ist die Mitralklappe betroffen. Bei 86% der Patienten wurden Herzklappen ersetzt, bei 14% rekonstruiert.

Bei den Patienten bestehen ein hohes Schulungsinteresse und der Wunsch nach aktiver Beteiligung in einem Schulungsseminar. Inhalte, Verständlichkeit, Alltagsrelevanz und Methodik der Herzklappenschulung werden gut bis sehr gut bewertet ($1,87 \leq M \leq 2,07$; Skala 1-sehr gut bis 6-ungenügend). Dies trifft in der Folge auch auf die Gesamtbewertung der Schulung zu ($M = 1,70$; $SD = 0,71$). Im Wissenstest zeigt sich eine signifikante Zunahme hinsichtlich des Schulungswissens im Rehabilitationsverlauf ($p < 0,01$).

Diskussion

Das Herzklappenseminar weist eine hohe Akzeptanz bei den Patienten und eine gute Praxistauglichkeit auf. Die Ergebnisse der formativen Evaluation werden zu einer weiteren Adaptation des Manuals genutzt. Für Patienten nach Herzklappenoperationen in der

medizinischen Rehabilitation kann das Curriculum ergänzend zum üblichen Schulungsprogramm bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ökonomisch in das Behandlungsprogramm integriert werden.

Literatur

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (2005). *Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation – Indikationsbezogene Curricula (Version II)*. Berlin: www.deutsche-rentenversicherung.de.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Ed.). (2007). *Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin: Hrsg.

Dietz, R. & Rauch, B. (2003). Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK). *Zeitschrift für Kardiologie*, 92, 501–521.

Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2007). Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 75, 11-14.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Bettina Seekatz

Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie

Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften

Klinikstr. 3; 97070 Würzburg

Tel: 0931-31-2075

Fax: 0931- 31-6080

Mail: b.seekatz@uni-wuerzburg.de

„Berufliche Zukunft“ - Evaluation eines Behandlungsprogramms für Patienten mit sozialmedizinischer Problematik in der medizinischen Rehabilitation *

Dorn, M., Bönisch, A. & Ehlebracht-König, I.
Rehazentrum Bad Eilsen

*gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Ziele und Schwerpunkte des Behandlungskonzepts

Zielgruppe sind Patienten mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten bzw. Arbeitsplatzverlust aus gesundheitlichen Gründen, unsicherer beruflicher Zukunft und sozialmedizinischer Problematik. Das Programm „Berufliche Zukunft“ intendiert die Vermittlung einer realistischen Einschätzung der sozialmedizinischen Problematik. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf einer verbesserten Vernetzung verschiedener Angebote während der Rehabilitation wie auch zwischen stationärer und poststationärer Phase.

Das in die Rehabilitation integrierte Behandlungskonzept besteht aus fünf Modulen, hat eine psychoedukative Ausrichtung und findet unter psychologischer Leitung in geschlossenen Gruppen statt. Thematische Schwerpunkte der Module sind Informationen zur Erwerbs-(un)fähigkeit, zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und zu gesetzlichen Rahmenbedingungen. Für die Intervention wurden u. a. Teile eines anderen Programms für die psychosomatische Rehabilitation adaptiert (Schultze, 2005).

Methode und Stichprobe

Es werden zwei Behandlungsgruppen mit komplexer stationärer Rehabilitation verglichen, die bei der Interventionsgruppe (IG) das Seminar „Berufliche Zukunft“ beinhaltet. Bei einem Teil der IG findet zusätzlich eine telefonische Nachsorge statt. Derzeit ist die Rekrutierung fast abgeschlossen. Erfasst wurden u. a. Seminarakzeptanz, berufsbezogene Aspekte, subjektive Erwerbsprognose, Depressivität, Ängstlichkeit und Behinderung durch Schmerzen.

Die vorgestellte Auswertung bezieht sich auf 119 von 320 Patienten der internistisch-rheumatologischen Abteilung des Rehazentrums Bad Eilsen: 58% Männer, mittleres Alter 48 Jahre (23-60), 62% Hauptschulabschluss und 53% arbeitslos. Etwa drei Viertel waren im Jahr vor der Rehabilitation länger als 6 Wochen krank. Bezogen auf die subjektive Erwerbsprognose (Mittag & Raspe, 2003) sahen 90% ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet, ca. zwei Drittel der Teilnehmer hatte einen Rentenwunsch.

Erste Ergebnisse

Die Ergebnisse zur Seminar-Akzeptanz zeigen insgesamt eher positive Bewertungen auf einer Skala von 1 bis 6: So wurden die Wichtigkeit des Seminars, der Nutzen der Informationen über Rente und die Gruppenatmosphäre mit 1,8 am besten bewertet, gefolgt von der Verständlichkeit und dem Erfahrungsaustausch (jeweils 1,9) sowie dem Nutzen der Informationen über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Fallbeispiele (jeweils 2,0 bzw. 2,1). Hinsichtlich der Weiterempfehlung des Seminars wurde ein Mittelwert von 1,5 erreicht (1=ganz sicher, 6=auf keinen Fall).

Es zeigte sich ein starkes Informationsdefizit der Patienten hinsichtlich der sozialmedizinischen Inhalte und ein starkes Interesse an der Thematik. Die IG sieht sich hinsichtlich rechtlicher Grundlagen, Möglichkeiten der beruflichen Veränderung und

Schwerbehinderung signifikant besser informiert als die Kontrollgruppe und empfindet die Reha hilfreicher zur Klärung der beruflichen Situation. Bei beiden Gruppen zeigt sich eine signifikante Verbesserung von Reha-Beginn zu Reha-Ende für die Parameter Depressivität und Ängstlichkeit (IRES 3.1) sowie in der subjektiven Erwerbsprognose (Mittag und Raspe, 2003). Für die IG zeigen sich außerdem signifikante Verringerungen der Schmerzintensität und der körperlichen Beeinträchtigung.

Fazit

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

Literatur

Mittag, O. und 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. *Rehabilitation*, 42, 169-174.

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

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Monika Dorn und Dipl.-Psych. Angelika Bönisch
Rehazentrum Bad Eilsen der DRV Braunschweig-Hannover
Brunnenpromenade 2, 31707 Bad Eilsen
Tel.: 05722-887-3002 bzw. -3007
E-Mail: monika.dorn@rehazentrum-bad-eilsen.de
angelika.boenisch@rehazentrum-bad-eilsen.de

Ambulante Schmerznachsorge für Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen und psychosozialen Problemen *

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

Rehazentrum Bad Eilsen

* gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Hintergrund

Rehabilitationsmaßnahmen bewirken bei den meisten Schmerzpatienten eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes (Ehlebracht-König & Bönisch, 2005). Dieser Effekt hält teilweise nur kurzfristig an (Hüppe & Raspe, 2003). Mögliche Gründe sind: eingeschränktes Verständnis/geringe Akzeptanz von psychologischen Faktoren bei der Schmerzentwicklung und -aufrechterhaltung, höhere Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall in alte Verhaltensweisen mit der Rückkehr in das unveränderte häusliche Umfeld. Die ambulante Versorgung der Schmerzpatienten ist zudem unzureichend: 1) Die Zahl der niedergelassenen Schmerztherapeuten ist sehr niedrig. 2) Eine Psychotherapie bei Schmerzpatienten ohne Erfüllung der Kriterien einer F-Diagnose nach ICD-10 ist nicht begründbar. Vor diesem Hintergrund erfolgt die Konzeption eines niedrigschwelligen ambulanten Nachsorgeprogramms.

Konzept

Ziel dieses Nachsorgeprogramms ist es, die Effekte der Schmerzlinderung auch nach der stationären Rehabilitationsmaßnahme weiter aufrechtzuerhalten bzw. zu verbessern. Dazu soll vor allem durch psychoedukative, psychotherapeutische als auch schmerztherapeutische Maßnahmen und Strategien eine funktionalere Schmerzbewältigung erreicht werden. Aufbauend auf dem bio-psycho-sozialen Schmerzmodell sollen Strategien zum Umgang mit den Schmerzen erarbeitet und angewendet werden. Die Zielgruppe bilden Patienten mit chronischen Schmerzen (> 6 Monate) und psychosozialen Problemen bzw. psychischen Symptomen. Das ambulante Nachsorgeprogramm umfasst 12 Module und findet ca. ein halbes Jahr lang wöchentlich statt (in Anlehnung an das Curriculum Hannover; Kobelt, Grosch & Lamprecht, 2002). Die Gruppengröße beträgt 10-12 Patienten, die Teilnahme wird in Absprache mit dem Patienten von der stationären Rehabilitationsmaßnahme aus verordnet. Für die Implementierung und erste Evaluation des Programms sind ca. 4-5 Durchläufe geplant (mind. 50 Patienten).

Aktueller Stand und Ausblick

Der Beginn des ersten Durchlaufs ist für das Frühjahr 2009 geplant, gegenwärtig laufen Voruntersuchungen. Die Durchführung wird zunächst auf die Regionen Hannover und Braunschweig begrenzt sein, nach Abschluss der Implementierungsphase und günstigen Ergebnissen ist eine Ausweitung auf weitere Regionen geplant. Durch ein besseres Krankheitsverständnis sowie das Aufzeigen von Bewältigungsstrategien im Umgang mit den Schmerzen sollten die Selbstwirksamkeit der Patienten und der eigenverantwortliche Umgang mit den Beschwerden verstärkt werden. Das Ausmaß an Aktivität und Teilhabe laut ICF sowie der Leidensdruck der Patienten könnten dadurch positiv beeinflusst werden.

Literatur

- Ehlebracht-König, I. & Bönisch, A. (2005). Optimierung des Bewegungsverhaltens durch stationäre rheumatologische Rehabilitation. In F. Petermann(Hrsg.), *Barrieren, Kosten und Optimierung in der medizinischen Rehabilitation* (173-187). Regensburg: Roderer.
- Hüppe, A. & Raspe, H. (2003). Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980-2001. *Rehabilitation*, 42, 143-154.
- Kobelt, A., Grosch, E. V. & Lamprecht, F. (2002). *Ambulante psychosomatische Nachsorge*. Stuttgart: Schattauer.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Julia Pönicke
Rehazentrum Bad Eilsen
Brunnenpromenade 2, 31707 Bad Eilsen
Tel.: 05722/887-3209

Patientenschulungen für Beschäftigte mit berufsbedingten Hauterkrankungen in Metall- und Maschinenbauberufen

Mertin, M., Sieverding, M., Wulfhorst, B. & John, S. M.

Universität Osnabrück

Zusammenfassung

Im Jahr 2007 wurde in Dortmund eine sekundärpräventive Hautschutzmaßnahme initiiert, bei der durch eine Kooperation der Hautklinik der Klinikum Dortmund gGmbH, des Fachgebiets Dermatologie, Umweltmedizin und Gesundheitstheorie der Universität Osnabrück und der örtlichen Maschinenbau-Berufsgenossenschaft eine umfassende Schulung und Beratung von Versicherten mit berufsbedingten Hauterkrankungen ermöglicht werden soll.

Entwickelt wurde ein interdisziplinäres Präventionsprogramm, welches die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe berücksichtigt. Durch die Integration moderner pädagogischer Konzepte konnten die Schulungsinhalte zielgruppenspezifisch aufbereitet und umgesetzt werden. Nach einer hautärztlichen Untersuchung im Klinikum Dortmund werden die Teilnehmer in eintägigen Hautschutzseminaren geschult und hinsichtlich der Auswahl von Schutzhandschuhen und Hautmitteln beraten. Nach ca. 3 Monaten werden die Teilnehmer postalisch befragt und bei Bedarf zu einer Nachuntersuchung eingeladen. 6 Monate nach der Erstuntersuchung findet eine weitere dermatologische Nachuntersuchung statt. Die Wirksamkeit der Maßnahme wird zu jedem Untersuchungszeitpunkt durch standardisierte ärztliche und gesundheitspädagogische Erhebungsinstrumente dokumentiert und evaluiert.

Die Evaluation von Langzeiteffekten erfolgt 1 Jahr nach individuellem Maßnahmenbeginn. Die Maßnahme versteht sich als Ergänzung zur Betreuung der Patienten in der Praxis des meldenden Hautarztes vor Ort und ist in der Regel kombiniert mit einem ambulanten Heilverfahren bei diesem.

Seit Beginn des Projekts wurden insgesamt 90 Versicherte in das Verfahren aufgenommen (Stand Juli 2008). Fast alle (87) der Versicherten waren Männer. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer liegt bei 44 Jahren (Altersmedian). Die Evaluation nach einjähriger Durchführung zeigt positive Tendenzen in allen angestrebten Zielparametern (Berufsverbleib, Veränderungen des individuellen Hautschutzverhaltens, Verbesserung des Wissensstandes, Besserung des subjektiven Hautzustands sowie Zufriedenheit mit der Maßnahme.

Korrespondenzadresse

Matthias Mertin
Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften
Fachgebiet Dermatologie, Umweltmedizin und Gesundheitstheorie
Sedanstr.115, 49090 Osnabrück

Besonderheiten einer Schulung für Frauen mit Endometriose

Brandes, I.

Medizinische Hochschule Hannover,
Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Hintergrund

Endometriose ist eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen (AWMF, 2006). Über die Ursache ist noch immer wenig bekannt, die Therapie kann keine wirkliche Heilung versprechen. Die Komplexität der Endometriose stellt die Patientinnen und ihre behandelnden Ärzte vor große Herausforderungen (Oehmke et al., 2007). Die Patientinnen sind nicht nur körperlich sondern auch psychisch stark belastet (Finas et al., 2007). Umso wichtiger ist die Vermittlung von Kenntnissen zum Selbstmanagement, damit die betroffenen Frauen ihre eigenen Ressourcen erkennen und für sich nutzen können. In einem aktuellen Projekt der Medizinischen Hochschule Hannover wird ein standardisiertes Schulungsprogramm für Frauen mit Endometriose entwickelt und evaluiert. Die Umsetzung in die flächendeckende Routineversorgung - vorwiegend in akut-stationären Krankenhäusern oder Tageskliniken - wird auf Basis eines im Rahmen der Studie erstellten Curriculums angestrebt.

Methode

Bei der Entwicklung des Schulungsprogramms, die Anfang 2008 begonnen hat, konnte auf umfangreiche Erfahrungen in der Rehabilitation und der Selbsthilfe zurückgegriffen werden. Experten aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Gesundheitsbereichen waren an dem Entwicklungsprozess im Rahmen von Expertenrunden beteiligt. Pilot-Schulungen mit Mitgliedern der Selbsthilfe haben weitere wichtige Anregungen für die inhaltliche und organisatorische Gestaltung der Schulung gegeben.

Bisherige Ergebnisse

Die Schulung wird seit Mai 2008 durchgeführt. Mit Rücksicht auf die überwiegend berufstätige Zielgruppe finden die Schulungen am Wochenende statt. Start ist Freitagmittag mit einer ausführlichen Vorstellungsrunde (ca. 2 Std.). Anschließend werden medizinische Kenntnisse zu der Erkrankung vermittelt (ca. 4 Std.). Der gesamte Samstag ist den Themen „Schmerzbewältigung“, „Krankheitsbewältigung“ und „Selbstmanagement“ gewidmet. Neben medizinischen Therapien werden auch psychologische und alternative Angebote vorgestellt.

Es wurde schnell deutlich, dass die strenge Orientierung an einem standardisierten Programm – wie bei anderen Indikationen üblich – nicht den Bedürfnissen der Frauen mit Endometriose entspricht. Die Teilnehmerinnen unterscheiden sich untereinander deutlich hinsichtlich ihrer spezifischen Probleme im Zusammenhang mit der Erkrankung. Die Komplexität der Endometriose selbst sowie der medizinischen, psychischen, beruflichen und privaten Folgen der Erkrankung erfordern eine Fokussierung auf die Bedürfnisse der jeweiligen Teilnehmerinnen. Dem Bedürfnis der Frauen nach ausführlichen Berichten über ihre schmerzhaften und bislang unbeachteten Erfahrungen mit der eigenen Krankengeschichte sowie dem intensiven Austausch von eigenen Erfahrungen innerhalb der Gruppe muss ausreichend Raum gegeben werden. Aufgrund des begrenzten zeitlichen Spielraums werden die Trainer vor die besondere Herausforderungen gestellt, die inhaltlichen Schwerpunkte auf die jeweiligen Bedürfnisse der Teilnehmerinnen abzustellen.

Ausblick

Ergebnisse der summativen Evaluation werden im Jahre 2011 vorliegen. Diese werden zeigen, ob die neue Schulung in der Routineversorgung Bestand haben wird.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2006). *Diagnostik und Therapie der Endometriose*. AWMF Leitlinien-Register Nr. 015/045; Erstellungsdatum 04/2006. Verfügbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/015-045.htm> [Zugriffdatum: 29.09.2008].
- Oehmke, F., Suwandinata, F., Deisting, C. & Tinneberg, H. R. (2007). Datenlage zur Endometriose. *Der Gynäkologe; Online-Publikation 21.06.2007*; Verfügbar unter: <http://www.springerlink.com/content/9106uk14q070x274/> [Zugriffdatum: 29.09.2008].
- Finas, D., Hüppe, M., Diedrich, K. & Kowalcek, I. (2005). Chronischer Unterbauchschmerz am Beispiel der Endometriose – Problempatientin in der Gynäkologie? *Geburtsh Frauenheilk*, 65, 156-163.

Korrespondenzadresse

Dr. Iris Brandes, MPH
Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Tel.: 0511/532-9834
E-mail: brandes.iris@mh-hannover.de

Vorstellung des Projekts PEFiT - Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation

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

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Abt. Medizinische Soziologie

Hintergrund

Chronisch Kranke fordern wie in anderen medizinischen Versorgungsbereichen auch in der Rehabilitation immer häufiger, am Entscheidungsprozess bezüglich der Behandlung beteiligt zu werden. Ein Ansatzpunkt, um die partizipative Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation zu implementieren, ist das Training des für die Behandlung verantwortlichen medizinischen Personals (i. F. Behandler). Partizipative Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation erfordert konstruktive Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen zwischen Patient und Behandler, aber auch im Behandlerteam.

Ziel der Studie PEFiT ist die Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms, das in einem Modul die Behandler-Patient-Interaktion und einem zweiten Modul die Interaktionen im Behandlerteam schulen wird.

Methoden

In der Pilotstudie werden die Experten der Rehabilitation (Behandler) mittels Delphi-Methode zu ihren Präferenzen bezüglich der Partizipation von Patienten und Mitarbeitern bei Behandlungsentscheidungen sowie zu den organisatorischen Rahmenbedingungen und Erfordernissen zur Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung befragt. Die Patienten werden in Fokusgruppen zu Ihren Bedürfnissen interviewt. Die Ergebnisse der Befragungen dienen der Adaptation bereits vorhandener Schulungsmodule zur partizipativen Entscheidungsfindung der Patienten/Rehabilitanden sowie der Neuentwicklung des Moduls zur Partizipation der Mitarbeiter. Anschließend wird das Trainingsprogramm in einer kontrollierten Interventionsstudie mit drei Erhebungszeitpunkten evaluiert. Die Daten werden dabei primär bei den Patienten und sekundär bei den Mitarbeitern jeweils mittels Fragebogen erhoben. Daneben erfolgt in der Interventionsgruppe eine standardisierte Beobachtung der Behandler-Patient-Gespräche. Die Studie ist multizentrisch. Die Zuteilung der ca. 20 für die Studie rekrutierten Kliniken zu der Interventions- oder Kontrollgruppe wird nach den Indikationsbereichen parallelisiert. Die Datenanalysen erfolgen sowohl explorativ als auch inferenzstatistisch. Weiterhin werden die postulierten Kausalitätsannahmen/Wirkpfade mittels Regressionsanalysen und Strukturgleichungsmodellen überprüft.

Erwartete Ergebnisse

Erwartet wird als Ergebnis ein systematisch evaluiertes Trainingsprogramm zum Aufbau der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation, welches die Umsetzung der Patientenorientierung im Rahmen des Qualitätsmanagements unterstützen und einen Beitrag zu mehr Transparenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Rehabilitation leisten kann.

Korrespondenzadresse

Anne-Kathrin Steger
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Abt. Medizinische Soziologie
Hebelstr. 29, 79104 Freiburg
Tel. 0761/2035515
E-mail: Anne-Kathrin.Steger@medsoz.uni-freiburg.de

Projekt „Transfersichernde Kommunikation©“ Entwicklung eines Curriculums bei Dr. Becker PhysioGym

Grießhammer, S.¹ & Thomassen, A.²

¹ Dr. Becker Beratung & Training, Köln, ² Dr. Becker PhysioGym, Köln

Hintergrund

Bei dem Projekt „Transfersichernde Kommunikation©“ handelt es sich um ein Pilotprojekt für die Mitarbeitenden der Dr. Becker PhysioGym Therapiezentren. Um die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten in den Therapiezentren nachhaltig zu verbessern und den Transfer der Fachexpertise der Mitarbeitenden vor Ort zu stärken, beschloss die Geschäftsführung 2007 die gezielte Förderung wichtiger Methodekompetenzen der eigenen Mitarbeitenden in den Bereichen Kommunikation und Interaktion mit Patienten. Denn die Erweiterung individueller Ressourcen und Kompetenzen bezogen auf Bewältigungsstrategien systematisch zu unterstützen sowie Einstellungs- und Verhaltensänderungen einzuleiten bzw. zu ermöglichen, setzt eine entsprechende kommunikative Professionalität voraus.

Vorgestellt werden das Konzept sowie die einzelnen Entwicklungsschritte und vorliegenden Ergebnisse des Pilotprojekts.

Methoden

Dr. Becker PhysioGym beschäftigt ca. 270 Mitarbeitende verteilt auf vier Standorte. Die Pilotphase betrifft zwei der vier Therapiezentren (PhysioGym in Nümbrecht [n1] und PhysioGym in Bad Windsheim [n2]). Beide Therapiezentren sind jeweilig an eine Rehabilitationsklinik der Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG angegliedert und betreuen jährlich gemeinsam ca. 9.000 Patienten stationär und ambulant. Das Pilotprojekt startete im Dezember 2007 und endete im April 2008. Im Anschluss wurde das Vorhaben fest in die Organisationsstruktur implementiert und wird Ende 2008/Anfang 2009 auch anderen, externen Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung gestellt. Beteiligte Berufsgruppen sind Physio- und Ergotherapeuten, Diplom-Sportlehrer, Logopäden, Masseur bzw. medizinische Bademeister. Insgesamt haben bisher ca. 106 Mitarbeitende teilgenommen. Die Teilnehmenden wurde systematisch beobachtet, sowie quantitative Befragungen (Selbstbewertung) durchgeführt. Dabei wurde der Ansatz der sozialwissenschaftlichen Methode der Grounded Theory angewendet.

Ergebnisse

Es entstand ein eigenständiges Konzept mit dem Titel der „Transfersichernden Kommunikation©“, das spezifisch auf den Interaktionsprozess zwischen Patienten und Behandelnden in den Zentren ausgerichtet ist und damit Adherence und Compliance systematisch fokussiert. Dabei handelt es sich um ein integratives modulares Schulungskonzept, dass *drei zentrale Themenbereiche* im Interaktionsprozess integriert und den Transfer u. a. des fachlichen Inputs fokussiert. Hierzu zählen die Kommunikation hinsichtlich

- des Therapie- bzw. Reha- oder Behandlungsziels,
- der Bedürfnisse (von Patient und Behandelnden) sowie
- der situativen Aspekte im Patientenkontakt.

Insgesamt zeigen die bis dato erhobenen Ergebnisse sowie die vorliegende Konzeption einen guten Zugang, um die Optimierung von Interaktionen zwischen Patient und Behandelnden in der medizinischen Therapie zu forcieren. Ebenso erlaubt die Konzeption eine zentrenübergreifende Anwendung. In 2009 erfolgt eine weitere teilnehmende Beobachtung und Befragung der Behandelnden.

Kontaktadresse

Dr. Becker Beratung & Training
Silke Gießhammer
Parkstr. 10, 50968 Köln (Marienburg)

Systematische Qualitätsentwicklung durch Optimierung des Lehr-Lerntransfers in Patientenschulungen: Ergebnisse der Pilotphase in einer Rehabilitationsklinik

Grießhammer, S.¹ & Schubmann, R.²

¹Dr. Becker Beratung & Training, Köln, ²Klinik Möneseesee, Möneseesee

Hintergrund und Zielsetzung

Lernen ist eine selbstgesteuerte Aktivität des Lernenden und ein komplexer Prozess, der von unterschiedlichen Aspekten geprägt ist. Lernen ist damit nur bedingt von außen steuerbar. Professionalität der Schulenden in der medizinischen Rehabilitation erfordert damit die Hinwendung zu Kriterien aktueller andragogischer Qualitätsstandards, um die Erweiterung individueller Kompetenzen bezogen auf Bewältigungsstrategien des Patienten systematisch zu ermöglichen sowie Einstellungs- und Verhaltensänderungen nachhaltig anzuregen. Das Projekt hat zum Ziel den Grad der Compliance, durch die Optimierung der Transferkompetenz in allen Kliniken der Dr. Becker Klinikgesellschaft zu erhöhen. Damit liegt primär der Fokus auf dem Komplex „Nachhaltigkeit von Verhaltensänderung“ statt auf „Zufriedenheit des Patienten“. Vorgestellt werden die Ergebnisse eines Pilotprojektes.

Methodik und Ergebnisse

Die Konzeption der Train-the-Trainer Schulung, die Ergebnis der Pilotphase ist, erfolgte nach Prämissen der Grounded Theory und enthält formative sowie summative Evaluationsmethoden. Qualitätsrelevant ist der permanente Einbezug aller Interessensgruppen (Patienten, Schulenden, Deutsche Rentenversicherung, Krankenkassen, Zentrum Patientenschulung) die entsprechende Anforderungen und Kriterien benennen. Unter Bezugnahme auf aktuelle Qualitätsanforderungen für Veranstaltungen in der Erwachsenenbildung entstand des Weiteren ein *Qualitätsanforderungskatalog an Patientenschulungen*, der auch in der Weiterführung des Projekts maßgeblich ist. Dieser Katalog enthält insbesondere Anforderungen an die Gestaltung der Manuale, sowie lerndidaktisch-formale Anforderungen an Patientenunterlagen und Präsentationen.

Begonnen wurde der Prozess in einer kardiologisch/psychosomatischen Rehabilitationsklinik. In einem ersten Schritt wurden hier teilnehmende Beobachtungen sowie qualitative, nichtstandardisierte Befragungen von Patienten (N=20) und quantitative Patientenbefragungen (N=220) durchgeführt. In einem zweiten Schritt erfolgte die Befragung aller in der Klinik Schulenden sowie die gemeinsame Erstellung eines entsprechenden Schulungs-Leitbildes, das indikationsübergreifend handlungsleitend ist. Unter Zuziehung der Ergebnisse fand dann eine bedarfsangepasste Schulung der Schulenden in gemischten Gruppen statt. In jedem Modul erfolgte eine formative Evaluation hinsichtlich der „Erweiterung der Wissens-Transfer-Management- Kompetenz“ der Schulenden.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse zeigen deutliche Wissens- und Kompetenzerweiterung der Schulenden im Bezug zum Soll-Katalog der erarbeiteten Bewertungskriterien und sowie Auswirkungen auf die einzelnen Schulungsveranstaltungen. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse sowie die vorliegende Konzeption einen guten Zugang, um die Optimierung von Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation zu forcieren. Ebenso erlaubt die Konzeption eine klinikübergreifende Anwendung. Begleitend erfolgen weitere Patientenbefragungen.

Kontaktadresse

Dr. Becker Beratung & Training
Silke Gießhammer
Parkstr. 10, 50968 Köln (Marienburg)

Neue Studie zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Erfolg von Reha-Maßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen*

Härtel, U.¹, Gottfried, T.², Müller, M.¹, Todzi, W.¹ & Symannek, C.¹

¹Humanwissenschaftliches Zentrum der LMU München, ²Klinik Höhenried, Bernried

*gefördert durch die DRV Südbayern; Kooperationsprojekt des Humanwissenschaftlichen Zentrums der LMU München und der Klinik Höhenried

Hintergrund

Im Bereich der orthopädischen Rehabilitation liegen bisher - verglichen mit dem Stand der Forschung zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Herz-Kreislaufkrankungen und in der kardiologischen Rehabilitation - kaum Studien vor, die die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Akzeptanz und Wirkung therapeutischer Maßnahmen systematisch untersuchen. Die bisherigen Erkenntnisse lassen jedoch vermuten, dass auch bei chronischen Rückenschmerzen der Einfluss der medizinischen und (psycho)sozialen Risikofaktoren auf die Genese und die langfristige Prognose geschlechtsspezifisch variiert.

Inhalt und Ziele

In der vorliegenden prospektiven Kohortenstudie wird untersucht, ob die derzeitige Standardtherapie in der Orthopädie bei Männern und Frauen physisch und psychosozial gleichermaßen erfolgreich ist und welche (subjektiven und objektiven) Faktoren (medizinische, psychosoziale, individuelle) unter genderspezifischen Gesichtspunkten die Prognose beeinflussen. Die aus der Studie gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, auch in der Orthopädie eine geschlechtsspezifische Anpassung und Optimierung der derzeit angebotenen Reha-Maßnahmen vorzunehmen.

Zentrale Fragestellungen

Verbessern sich bei Männern und Frauen mit chronischen Rückenschmerzen die physische Leistungsfähigkeit und die subjektive Befindlichkeit während der stationären Reha bei gleicher Standardtherapie in gleicher Weise? Wie verändern sich bei Männern und Frauen die Schmerzintensität und Schmerzhäufigkeit im Verlauf der stationären Reha? Unterscheidet sich bei Männern und Frauen die Akzeptanz bzw. Zufriedenheit mit den verschiedenen Reha-Maßnahmen? Welchen Effekt haben sozioökonomische und psychosoziale Faktoren auf das subjektive Befinden und das Auftreten von Schmerzen im Verlauf der Reha – und wirken diese bei Männern und Frauen unterschiedlich? Welchen Effekt haben psychosoziale Faktoren auf die Rückkehr zur Arbeit und die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit?

Methode

Die angestrebte Stichprobe umfasst 100 Patientinnen und 100 Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen der Abteilung Orthopädie der Klinik Höhenried. Die Patient/innen werden zu vier Zeitpunkten mit international vergleichbaren Messinstrumenten untersucht (u.a. Roland-Morris-Disability Questionnaire, HADS, SES): zu Beginn der Reha (standardisiertes Interviews, Fragebogen zum Selbstauffüllen, medizinische Messungen), am Ende der Reha (Fragebogen zum Selbstauffüllen, medizinische Messungen, optional qualitatives leitfadengestütztes Interview), sowie 6 und 12 Monate nach Beendigung der Reha (standardisiertes Interview bzw. Fragebogen zum Selbstauffüllen).

Stand der Studie

Mit der Rekrutierung von Patienten für die Hauptstudie wurde im September 2008 begonnen. Die Erfahrungen im Pretest mit ca. 10 Patient/innen haben gezeigt, dass die Teilnahmebereitschaft und die Compliance mit den Untersuchungsmethoden hoch sind. Erste Erkenntnisse aus der Hauptstudie werden bei der Tagung vorgestellt.

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. Ursula Härtel
HWZ der LMU München
Goethestrasse 31, 80336 München
E-mail: ursula.haertel@med.uni-muenchen.de

Dr. Marion Müller
HWZ der LMU München c/o Klinik Höhenried
82347 Bernried
Tel.: 08158/24-2448
E-mail: marion.mueller@hoehenried.de

www.genderhealth.hwz.lmu-muenchen.de

Alltagsaktivität als Indikator für die körperliche Leistungsfähigkeit bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz*

Jehn, M.

Technische Universität München (TUM), München

*gefördert mit einem Promotionsstipendium des Netzwerk Rehabilitationsforschung in Bayern e. V. (NRFB)

Hintergrund

Das körperliche Aktivitätsmaß ist ein wichtiger prognostischer Parameter für die Einschätzung des kardialen Mortalitätsrisikos bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (CHI; Cahalin et al., 1996, Walsh et al., 1997). Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob die mittels Schrittzähler (Accelerometer) gemessene Alltagsaktivität von CHI Patienten Rückschlüsse auf deren maximale Leistungsfähigkeit zulässt.

Methode

50 CHI Patienten (NYHA I – III) trugen über 7 Tage einen dreidimensionalen Accelerometer (ACC). Die täglich zurückgelegten Schritte und die Zeit in den Aktivitätsklassen Walk (WLK), Fast Walk (FWLK) und Walk_{gesamt} (Walk und Fast Walk) wurden damit ermittelt. Spiroergometrisch wurde zusätzlich die VO_{2peak} auf dem Fahrrad und die Gehstrecke im 6 Minuten-Gehtest (6 MWT) ermittelt. Die Validität der Aktivitätsklassen als Parameter der Leistungsfähigkeit wurde über folgende statistische Verfahren ermittelt: Korrelationen der Parameter mit maximaler Sauerstoffaufnahme (VO_{2peak}) und Gehstrecke, Unterschiede zwischen NYHA-Stadien, Diskriminanzanalysen.

Ergebnisse

Die aktive Tragezeit des ACC betrug durchschnittlich 13,02 h/Tag für NYHA I (n = 12), 12,75 h/Tag für NYHA II (n = 19) und 12,51h/Tag für NYHA III (n = 19), davon Walk_{gesamt} 161 ± 36 min, 134 ± 59 min bzw. 81 ± 32 min. Walk_{gesamt} korrelierte mit VO_{2peak} ($r = 0.72$; $p \leq 0.01$) und mit der Gehstrecke ($r = 0.68$; $p \leq 0.01$). Der prozentuale Anteil von FWLK an Walk_{gesamt} betrug 19% für NYHA I und II, und 9% für NYHA III. Nach einer Diskriminanzanalyse werden 89,5% der NYHA III Patienten anhand von FWLK richtig ihrer Klasse zugeordnet.

Schlussfolgerung

Die Studie zeigt, dass die durchschnittliche Alltagsaktivität ein wesentlicher Indikator für die maximale körperliche Leistungsfähigkeit von CHI Patienten ist. Der Parameter FWLK erreicht eine sehr hohe Diskriminationsfähigkeit bei der richtigen Zuordnung von NYHA III Patienten, was von hoher klinischer Relevanz bei der Detektion einer klinischen Verschlechterung des Schweregrades der Herzinsuffizienz sein kann und zum Beispiel beim telemedizinischen Monitoring von CHI Patienten genutzt werden könnte.

Literatur

- Cahalin, L. P., Mathier, M. A., Semigran, M. J., Dec, G. W. & DiSalvo, T. G. (1996). The six-minute walk test predicts peak oxygen uptake and survival in patients with advanced heart failure. *Chest*, 110 (2):325-332.
- Walsh, J. T., Charlesworth, A., Andrews, R., Hawkins, M. & Cowley, A. J. (1997). Relation of daily activity levels in patients with chronic heart failure to long-term prognosis. *Am. J. Cardiol.*, 79 (10), 1364-1369.

Korrespondenzadresse

Melissa Luise Jehn, Cardiac Trainer, B.S., M.Sc. Exercise Physiology
Lehrstuhl und Poliklinik für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin,
Technische Universität München
Connollystr. 32, 80809 München
Tel. 089/28924434
E-mail: jehn@sport.med.tum.de

Unterschiede zwischen der Motivation zu Sport und gesunder Ernährung bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen in der stationären medizinischen Rehabilitation*

Reusch, A.

Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie

*gefördert mit einem Promotionsstipendium des Netzwerk Rehabilitationsforschung in Bayern e. V. (NRFB)

Hintergrund

Für chronisch Kranke können Sport und gesunde Ernährung einen positiven Einfluss auf den Verlauf ihrer Erkrankung haben. Die Motivierung zu diesem Verhalten ist deshalb ein Ziel der medizinischen Rehabilitation. Zur Auswahl geeigneter Motivierungsstrategien sollte die Motivationslage der Patienten zu Beginn und deren Veränderungen bekannt sein. Zentraler Gegenstand der Promotion war die Untersuchung von Unterschieden zwischen der Motivation zu Sport und der Motivation zu gesunder Ernährung bei Rehabilitanden.

Methode

Zur Beschreibung der Motivation und Ableitung von Motivierungsstrategien für Prävention und Rehabilitation wird häufig das *Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung* (nach Prochaska & DiClemente) herangezogen. Aus diesem wurden die Variablen abgeleitet. Als abhängige Variablen wurden die sport- und ernährungsbezogenen Stufen der Verhaltensänderung erfasst: Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung. Zusätzlich wurde das selbstberichtete Sport- und Ernährungsverhalten betrachtet. Die Variablen wurden mit Fragebögen zu Beginn (t0) und Ende (t1) der stationären Rehabilitation sowie drei Monate (t2) und ein Jahr danach (t3) erhoben. Die Auswertungen erfolgten mit vollständigen Datensätzen von 753 Personen.

Ergebnisse

Die Motivation zu Sport und die zu gesunder Ernährung unterschieden sich bei den Rehabilitanden in hohem Maße. Bereits zu Rehabilitationsbeginn waren deutlich mehr Patienten zu Sport motiviert als zu gesunder Ernährung. Bei Sport befanden sich etwa ein Drittel der Personen in der Stufe Absichtsbildung und ein Drittel in der Stufe Aufrechterhaltung. Bei Ernährung waren dagegen drei Viertel der Patienten in den Stufen Absichtslosigkeit oder Absichtsbildung. Nach der stationären Rehabilitation (t1, t2, t3) waren ebenfalls mehr Patienten zu Sport motiviert als zu gesunder Ernährung. Die Motivationsverläufe waren aber in beiden Verhaltensbereichen individuell sehr verschieden. Zusammengefasst hatte bei Sport etwa die Hälfte der Patienten einen positiven Verlauf, bei Ernährung lediglich etwa ein Viertel.

Auch das Sportverhalten stand nur in sehr geringem Zusammenhang mit dem Ernährungsverhalten. Es erreichten zu Rehabilitationsbeginn und danach etwas mehr Patienten das Mindestkriterium zu gesunder Ernährung (IEQ-17-Wert) als das zu Sport. In beiden Bereichen verbesserte sich das Verhalten nach der Rehabilitation.

Weitere Ergebnisse zu Nebenfragen sowie die Diskussion methodischer Einschränkungen der Studie werden andernorts detailliert beschrieben (Reusch, in Vorb.).

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse geben Hinweise auf die Gestaltung von Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation: Eine verhaltensspezifische Motivationsdiagnostik zu Beginn der Rehabilitation würde eine Zuweisung zu Interventionen ermöglichen, die gezielt auf die Motivierungslage der Rehabilitanden in den jeweiligen Verhaltensbereichen eingehen. Der große Anteil an Rehabilitanden in den Stufen Absichtsbildung und Vorbereitung lässt hier an handlungsorientierte Motivierungsstrategien denken. Zur Sportmotivierung sollten auch der größeren Gruppe von Patienten in Handlung und Aufrechterhaltung Hilfen zur langfristigen Aufrechterhaltung angeboten werden (z. B. mit Techniken zur Rückfallprophylaxe). Im Bereich Ernährung ist insbesondere die größere Gruppe der Absichtslosen gezielt zu unterstützen (z. B. über kognitiv-affektive Strategien zum Aufbau von Änderungsbereitschaft). Auf Grund der geringen Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen den Verhaltensbereichen ist davon auszugehen, dass die Bearbeitung eines Bereichs den anderen nicht wesentlich beeinflusst. Sportverhalten und Ernährungsverhalten sollten in der Gesundheitsbildung deshalb unabhängig voneinander bearbeitet werden.

Bisherige Publikationen zur Studie

- Reusch, A. & Ströbl, V. (2006). Veränderungsmotivation in der medizinischen Rehabilitation am Beispiel körperlicher Aktivität. In R. Nübling, F. A. Muthny & J. Bengel, *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (S. 58-75). Bern: Hans Huber.
- Reusch, A. (in Vorb.) Unterschiede zwischen der Motivation zu Sport und gesunder Ernährung bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Dissertationsschrift. Universität Würzburg.
- Reusch, A., Ströbl, V. & Faller, H. (2007). Längsschnittliche Zusammenhänge zwischen Kognitionen und Sport- bzw. Ernährungsverhalten drei und zwölf Monate nach stationärer Rehabilitation. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Gesund älter werden – mit Prävention und Rehabilitation*. 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 26.03.07 bis 28.03.07 in Berlin (DRV-Schriften, Bd. 72, S. 334-336).
- Reusch, A., Ströbl, V. & Faller, H. (2007). Motivation zu Sport, gesunder Ernährung und Entspannungsübungen in Diagnostik und Gesundheitsbildung der Rehabilitation. In F. Petermann & I. Ehlebracht-König (Hrsg.), *Patientenmotivation und Compliance* (S. 57-74). Regensburg: Roderer.
- Ströbl, V. & Reusch, A. (2008). *Motivation zu gesundheitlichem Handeln bei Patienten in der stationären Rehabilitation* - Abschlussbericht Projekt B5, „Programm zur Förderung der Rehabilitationsforschung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung. Verfügbar unter: <http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/rehaDoc.pdf?rehaid=EA62C84A7573F936C1256E92003A85A4> [23.09.2008].

Korrespondenzadresse

Andrea Reusch

Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie

Marcusstr. 9-11, 97070 Würzburg

Tel.: 0931/31-2072

E-Mail: a.reusch@uni-wuerzburg.de