



11. Reha-Symposium

Multimorbidität

in der medizinischen Rehabilitation

09.-10. November 2017
Klinik Bad Reichenhall

◆ Abstracts zu Vorträgen ◆

Titel des Vortrages	Referent/in	Seite
Wie „psycho-somatisch“ ist die somatische Rehabilitation? Eine Einführung am Beispiel der chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen	<i>Konrad Schultz</i>	3
Multimorbidität aus der Perspektive der Allgemeinmedizin	<i>Antonius Schneider</i>	4
Zuweisung zur Reha: Multimorbidität als Indikationskriterium	<i>Rainer Schmale</i>	5
Komorbidität ‚Sucht‘: Rauchen und Tabakentwöhnung in der Reha	<i>Christoph Kröger</i>	6
Psychische Komorbidität in der somatischen Rehabilitation	<i>Hans-Günter Haaf</i>	7
Psychologische Interventionen in der somatischen Reha- bilitation – Beispiele aus Orthopädie und Innerer Medizin	<i>Christina Reese</i>	8
Schmerzkompetenz und Depressionsprävention – Evaluation eines kombinierten Trainings in der verhaltens- medizinischen Orthopädie (VMO)	<i>Svenja Roch</i>	9

Wie "psycho-somatisch" ist die somatische Rehabilitation?

Eine Einführung am Beispiel der chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen.

Konrad Schultz

Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie

Komorbiditäten (eine Grunderkrankung wird als vorrangig betrachtet) und Multimorbidität (mehrere Krankheiten bestehen gleichzeitig) spielen nicht nur in der geriatrischen Rehabilitation eine Rolle. Sie sind ein zunehmend wichtiges Thema, auch für die „normale“ medizinische Rehabilitation, und betreffen alle Altersgruppen und alle Rehabilitationsträger. Daraus ergeben sich vielfältige (zum Teil ungelöste) Anforderungen sowohl an die Zuweisungssteuerung (Erkennen der Multimorbidität, Auswahl der geeigneten Einrichtung) als auch an die Rehabilitationseinrichtungen¹.

Komorbiditäten gelten per se als ein Indikationskriterium für die „Komplexmaßnahme Rehabilitation“², da durch das multimodale und multiprofessionelle Setting grundsätzlich gute (Mit-)Behandlungsoptionen für multimorbide Patienten bestehen. Andererseits stellt Multimorbidität ein Problem dar, da psychische oder somatische Begleiterkrankungen oft die Behandlung der Reha-Zuweisungsdiagnose erschweren. Z.B. ist körperliches Training eine der wichtigsten Therapiekomponenten der Rehabilitation bei COPD, andere (somatische) Begleiterkrankungen (z.B. schwere Coxarthrose, Adipositas per magna oder schwere Herzinsuffizienz) können dies erschweren. Ähnliches gilt für psychische Begleiterkrankungen. So ist die Tabakentwöhnung im Rahmen der COPD-Reha eine entscheidende Therapiekomponente. Da die Nikotinabhängigkeit (ICD-10: F17.2) bei COPD-Patienten (ICD-10: J 42) höher ist als bei anderen Rauchern, fällt ihnen die Tabakentwöhnung unabhängig von eventuellen Komorbiditäten schwerer als anderen Rauchern³. Eine komorbide Depression, die bei COPD-Rehabilitanden in etwa der Hälfte der Fälle vorliegt⁴, erschwert die Tabakentwöhnung zusätzlich. Solche psychischen und somatischen Komorbiditäten (also eine „psycho-somatische“ Multimorbidität) kann im Rahmen der multimodalen und interdisziplinären Reha z.T. kompensiert werden, erfordert aber entsprechende Kompetenzen und Ressourcen. Unter diesem Aspekt ist es wichtig zu wissen, wie häufig diese psychischen und somatischen Komorbiditäten sind, kurz wie „psycho-somatisch“ die somatische Reha ist. Dies soll am Beispiel der chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen (COPD⁵⁶ und Asthma⁷) dargestellt werden.

Literatur

- 1 Seger W, Cibis W et al. Die Zukunft der medizinisch-rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität - Teil I: Begriffsbestimmung, Versorgungsfragen und Herausforderungen und Teil II: Strukturelle Voraussetzungen und Anforderungen an das rehabilitative Versorgungssystem. Das Gesundheitswesen, Online-Publikation: 2016 DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-108440> und <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-108441>
- 2 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Gemeinsame Empfehlung gem. §13 Abs.2 Nr.2 SGB IX zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe (Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“) vom 16.12.2004
- 3 Andreas S et al. Tabakentwöhnung bei COPD. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Pneumologie 2014; 68: 237-258
- 4 S Mühlig et al. Rauchen als Selbstbehandlung gegen depressive Symptomatik bei rauchenden COPD-Patienten. Suchttherapie 2017; 18(S 01): S1-S72
- 5 Stojanovic D et al. Komorbiditäten von 3381 konsekutiven COPD-Patienten in der stationären pneumologischen Rehabilitation. Pneumologie 2013; 67 - P426. DOI: 10.1055/s-0033-1334616
- 6 Schultz K et al. (under Review). Inspiratory muscle training does not improve clinical outcomes in 3-week COPD rehabilitation: Results from a randomized controlled trial.
- 7 Lingner H et al. Asthma control and health-related quality of life one year after inpatient pulmonary rehabilitation: the ProKAR Study. J Asthma. 2015 Jan 13:1-8.

Korrespondenzadresse:

Dr. Konrad Schultz

Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie

Salzburger Str. 8 - 11, 83435 Bad Reichenhall, konrad.schultz@klinik-bad-reichenhall.de

Multimorbidität aus der Perspektive der Allgemeinmedizin

Antonius Schneider

Technische Universität München /Klinikum rechts der Isar, Institut für Allgemeinmedizin

Die demographische Entwicklung bedingt bei zunehmender Alterung der Bevölkerung auch eine Zunahme von Multimorbidität. Dies spiegelt sich auch in der Betreuung von Patienten in hausärztlichen Praxen wieder. Häufig stehen Patienten und Hausärzte vor der Herausforderung, dass leitliniengerechte Therapien nicht mehr umgesetzt werden können, wenn Leitlinien sich widersprechen oder die Umsetzung einen zu hohen Aufwand für alternde Patienten mit sich bringt.

Diesbezüglich müssen neue Behandlungsstrategien entwickelt werden. Aktuell bereitet die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) eine „Leitlinie Multimorbidität“ vor, um die Hausärzte und Patienten bei Ihren Entscheidungen zu unterstützen.

Darüber hinaus werden in dem Vortrag organisatorische Aspekte der Hausarztmedizin näher beleuchtet: „Die Zukunft wird chronisch“ – unter diesem Motto soll dargestellt werden, wie eine optimale Betreuung von Patienten in der hausärztlichen Versorgung realisiert werden könnte (Chronic Care Model).

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. Antonius Schneider
Facharzt für Allgemeinmedizin / General Practitioner
Direktor / Head of Institute
Institut für Allgemeinmedizin / Institute of General Practice
Technische Universität München / Klinikum rechts der Isar
Orleansstr. 47,
81667 München
antonius.schneider@tum.de

Zuweisung zur Reha: Multimorbidität als Indikationskriterium

Rainer Schmale

Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, München, Abteilung Rehabilitation und Sozialmedizin

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind gemäß § 19 SGB IX verpflichtet, ein ausreichendes rehabilitatives Leistungsangebot vorzuhalten. Voraussetzung für die Belegung einer Reha-Einrichtung ist der Abschluss eines sog. Basisvertrages gemäß § 21 SGB IX. Dabei gilt das Federführungsprinzip. Dies bedeutet, dass der jeweilige Hauptbeleger unter den Rentenversicherungsträgern den Basisvertrag abschließt, dem sich die anderen Träger dann anschließen können. Weitere Aufgaben des Federführers sind die des primären Ansprechpartners für die Reha-Einrichtung, die Überprüfung der Einhaltung der Qualitätssicherungskriterien der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und die Information der anderen Träger über Veränderungen oder Auffälligkeiten bei der Reha-Einrichtung. Grundlage der Klinikzuweisung sind die von den behandelnden Ärzten übersandten und pauschaliert vergüteten Befundberichte. Eine auf das Krankheitsbild zugeschnittene Einrichtungsauswahl unter Berücksichtigung relevanter Nebendiagnosen ist daher entscheidend von der Qualität der Befundberichtserstellung abhängig. Die Auswertung dieser Befundberichte und Verschlüsselung der Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Reha-Relevanz obliegt den Ärzten des Sozialmedizinischen Dienstes. Gegenwärtig müssen diese die Diagnosen noch per Hand in ein Formular zur Eingabe durch die Sachbearbeitung in ein maschinelles Klinikzuweisungssystem (rvSMD) eintragen.

Bereits im nächsten Jahr wird dieses Verfahren aber bei der DRV Bayern Süd durch einen elektronischen Work Flow ersetzt. In rvSMD sind alle Haupt- und Nebendiagnosen der Einrichtungen hinterlegt, so dass die optimale Behandlungsstätte für die Versicherten ausgewählt werden kann. Logischerweise verfügen dabei Einrichtungen mit mehreren Fachabteilungen in einem Haus in der Regel über eine höhere Kompetenz und Expertise bei Multimorbidität respektive reharelevanten Komorbiditäten als solche mit nur einer Fachausrichtung. Dabei ist der Umfang der Begleitbehandlungen der Zweit- oder Drittdiagnosen allerdings variabel und dem individuellen Fall angepasst. Zusätzlich sind im Klinikzuweisungssystem auch Angaben zur Barrierearmut bzw. -freiheit sowie zu den Möglichkeiten der Rehabilitation von Versicherten mit speziellen Behinderungen hinterlegt. Darüber hinaus hält die DRV Bayern Süd spezielle Behandlungsangebote bei häufig auftretenden Krankheitskombinationen vor, z.B. im Bereich der Verhaltensmedizinischen Orthopädie (VMO) bei einer Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates in Verbindung mit einer anhaltenden Schmerzsymptomatik oder der Psychokardiologie als integriertes Behandlungskonzept für Versicherte, die sowohl an einer Herzerkrankung leiden als auch psychische Probleme haben.

Mit der schrittweisen Anhebung des Renteneintrittsalters werden künftig zunehmend Versicherte in vergleichsweise höherem Erwerbsalter und mit vermehrten Komorbiditäten einer Reha bedürfen. Der damit verbundenen Herausforderung muss sich die gesetzliche Rentenversicherung durch eine stärkere Berücksichtigung dieser Aspekte bei der medizinischen Konzeptbewertung der Reha-Einrichtungen und der Einrichtungsbetreuung stellen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Rainer Schmale
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
Abteilung Rehabilitation und Sozialmedizin
81729 München

Komorbidität ‚Sucht‘: Rauchen und Tabakentwöhnung in der Reha

Christoph Kröger

IFT-Gesundheitsförderung, München

Viele körperliche Erkrankungen weisen die Komorbidität Tabakabhängigkeit auf. Dabei sind in erster Linie die Nebenprodukte des Tabakrauchs mitverantwortlich für die körperlichen Erkrankungen, während das Nikotin, das die Sucht verursacht, weniger gesundheitsschädlich ist.

Im Vergleich zu Veränderungen des Lebensstils, wie Ernährungs-, Ess- oder Bewegungsverhalten, ist Tabakentwöhnung in vielerlei Hinsicht einfacher zu vermitteln und umzusetzen. Es gibt eine klare Zielvorgabe: Abstinenz. Die therapeutischen Schritte sind klar und eindeutig. Erschwerend ist allerdings die Suchterkrankung, die sich besonders in der ambivalenten Haltung gegenüber dem Therapieziel Abstinenz äußert.

In dem Vortrag werden die besondere Problematik rauchender Reha Patienten und ein niederschwellige Programm für die Zielgruppe ambivalenter Raucher dargestellt.

Korrespondenzadresse

Dr. Christoph Kröger
IFT-Gesundheitsförderung
Leopoldstraße 175
80804 München
kroeger@ift-gesundheit.de

Psychische Komorbidität in der somatischen Rehabilitation

Hans-Günter Haaf

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Psychische Komorbidität, also das gleichzeitige Vorliegen einer psychischen Störung und einer körperlichen Erkrankung, ist in der medizinischen Rehabilitation mit somatischer Indikation häufig. Komorbide psychische Störungen sind mit einer geringeren Lebensqualität verbunden, tragen zur Chronifizierung bei, verschlechtern die Behandlungsmotivation der Patienten, erhöhen Morbidität und Mortalität sowie die Versorgungskosten.

Unabhängig von der Art der Grunderkrankung treten psychische Störungen bei rund 20 Prozent der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf. Jeder Fünfte in der Rehabilitation hat mindestens eine, jeder Zwölfte mehr als eine psychische Störung. Die häufigsten Diagnosen sind depressive Störungen und Angststörungen.

Ziel der Deutschen Rentenversicherung ist es, die Behandlungs- und Versorgungsqualität in der somatischen Rehabilitation auch bei psychischer Komorbidität sicherzustellen. Grundlegende Voraussetzung hierfür ist zunächst das Erkennen komorbider psychischer Störungen. Liegen solche vor, kommt es darauf an, angemessen zu intervenieren. Das kann sich auf Beratung und Behandlungselemente während der Rehabilitation beziehen, ebenso wie auf die Anregung oder Einleitung einer adäquaten postrehabilitativen Behandlung der psychischen Komorbidität.

Die Rentenversicherung unterstützt bereits seit langem Forschungsprojekte, die sich mit der verbesserten Erkennung psychischer Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation befassen. Aufbauend auf den Erkenntnissen der im Rahmen des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ durchgeführten epidemiologischen Studie zur psychischen Komorbidität und der „Speyerer Empfehlungen“ wurde das Forschungsprojekt „Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation“ an der Universität Freiburg durchgeführt. In diesem zentralen Projekt wurde von der Arbeitsgruppe um Prof. Bengel ein „Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation“ erarbeitet und in der Praxis erprobt. Der Leitfaden leistet mit konkreten Handlungsempfehlungen einen Beitrag zur besseren Versorgung von psychischen Störungen in der somatischen Rehabilitation.

Neuere Forschungsarbeiten bestätigen die Bedeutung der psychischen Komorbidität in der somatischen Rehabilitation. Es konnte zudem gezeigt werden, dass eine nachhaltige Besserung von psychischen Belastungen bei entsprechenden rehabilitativen Angeboten möglich ist. Der Rehabilitation kommt eine wichtige Steuerungsfunktion für die Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten zu.

Korrespondenzadresse

Dr. H.-G. Haaf

Leiter des Referats 0423: Weiterentwicklung der Rehabilitation - Gesundheitsökonomie und Systemfragen

Deutsche Rentenversicherung Bund

Bereich 0420 Rehabilitationswissenschaften

Referat 0423 / R4001

10704 Berlin

030-865-39333

dr.hans-guenter.haaf@drv-bund.de

Psychologische Interventionen in der somatischen Rehabilitation – Beispiele aus Orthopädie und Innerer Medizin

Christina Reese & Oskar Mittag

Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg

In mehreren von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projekten wurden in den vergangenen Jahren Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der somatischen Rehabilitation entwickelt, unter anderem für die Indikationsbereiche chronischer Rückenschmerz, koronare Herzkrankung und Diabetes mellitus Typ 2.

Die Praxisempfehlungen wurden in mehreren Schritten entwickelt. Zunächst erfolgten Literaturrecherchen nach indikationsspezifischen Leitlinien und Übersichtsarbeiten. Außerdem wurden die psychologischen Abteilungen der Reha-Kliniken mit den entsprechenden Indikationsbereichen nach den strukturellen Rahmenbedingungen und der Praxis ihrer Tätigkeit befragt. Auf Basis dieser Ergebnisse wurden in indikationsspezifischen Expertenworkshops Pilotversionen der Praxisempfehlungen entwickelt. Diese Pilotversionen wurden als Konsultationsfassungen mit der Bitte um Kommentierung an alle Chefarzte und leitenden Psychologen der Reha-Kliniken mit den entsprechenden Indikationsbereichen geschickt. Außerdem wurden zentrale Aspekte der Praxisempfehlungen innerhalb von Fokusgruppen mit Rehabilitanden diskutiert. Die Rückmeldungen wurden in den indikationsspezifischen Expertengremien diskutiert, die Praxisempfehlungen entsprechend überarbeitet und schließlich durch die Expertengremien final konsentiert.

Die Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation (s. www.severa-fr.de Praxisempfehlungen; Stand: 21.9.2017) weisen charakteristische Unterschiede zwischen den verschiedenen Indikationsbereichen auf, es gibt jedoch auch gemeinsame Elemente, die in allen Indikationsbereichen auftauchen.

Wesentliche Unterschiede betreffen den Fokus auf psychologische Interventionen zum Abbau von verhaltensgebundenen Risikofaktoren / Sekundärprävention (koronare Herzkrankheit), die zentrale Rolle der Patientenschulung (Diabetes mellitus) sowie die Verbindung von bio-psycho-sozialer Rückenschule, Entspannungstraining und Schmerzbewältigungstraining bzw. psychologischer Schmerztherapie in der orthopädischen Rehabilitation.

Eine Gemeinsamkeit der Praxisempfehlungen für die verschiedenen Indikationsbereiche besteht darin, dass generell zu einem Screening von Depression und Angst geraten wird. Außerdem sollte das gesamte, entsprechend geschulte multidisziplinäre Team bei Bedarf psychologisch fundierte Interventionen wie Motivational Interviewing sowie Handlungs- und Bewältigungsplanung anwenden. Ein enger Austausch im Rahmen interdisziplinärer Besprechungen bildet hierfür eine wichtige Voraussetzung.

Korrespondenzadresse:

Dr. Christina Reese
Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik
Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA)
Hugstetter Str. 49
D-79106 Freiburg
christina.reese@uniklinik-freiburg.de

Schmerzkompetenz und Depressionsprävention - Evaluation eines kombinierten Trainings in der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation

Svenja Roch

Europa-Universität Flensburg

Chronische Rückenschmerzen (CRS) sind weit verbreitet und zeigen häufig psychische Komorbiditäten (Demyttenaere et al., 2007). Eine gemeinsame Behandlung von CRS und psychischen Komorbiditäten findet in der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation (VMO) statt, die als Schnittstelle von orthopädischer und psychosomatischer Rehabilitation gesehen werden kann (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013).

Das Debora-Training (Mohr, Korsch, Roch & Hampel, 2017) wurde als kombinierte störungsspezifische Intervention zur Förderung der Schmerzkompetenz und Depressionsprävention entwickelt und in der VMO evaluiert. Es basiert auf dem biopsychosozialen Modell und verbindet psychologisch angeleitete Module mit Gruppenworkshops ohne Trainer, die den Alltagstransfer und die soziale Unterstützung fördern sollen.

Bei der Evaluation wurde ein Mixed-Methods-Ansatz genutzt und das Training zur Schmerzkompetenz (Kontrollgruppe, KG) mit dem kombinierten Training mit zusätzlicher Depressionsprävention (Interventionsgruppe, IG) verglichen ($N=583$; Hampel, Köpnick & Roch, 2017). Die Varianzanalysen zeigten Interaktionen von Depressivitätsgrad und Zeit für die Depressivität und Ängstlichkeit mit größeren Veränderungen bei höherem Depressivitätsgrad über den Verlauf von 12 Monaten. Für die Somatisierung, geringste Schmerzintensität und psychische Arbeitsfähigkeit konnten Interaktionen von Trainingsversion und Zeit gezeigt werden, wobei die IG der KG überlegen war. Zusätzlich lieferten Wilcoxon-Tests der Arbeitsunfähigkeitszeiten Hinweise für die Überlegenheit der IG. Die qualitativen Interviews mit Rehabilitanden ($N=26$) zeigten, dass insbesondere die biopsychosozialen Inhalte hohe Akzeptanz aufwiesen, jedoch ein Bedarf an zusätzlichen Einzelgesprächen bestand. Die Machbarkeitsanalysen wiesen auf die höhere Gruppenkohäsion in der IG im Vergleich zur KG hin und es wurde eine Vielzahl an erlernten Handlungsweisen berichtet.

Die Evaluation spricht für eine kombinierte Durchführung des Trainings, jedoch zeigte auch die KG als Teil der VMO bereits wichtige Veränderungen in psychologischen, schmerzbezogenen und sozialmedizinischen Parametern. Die Interaktionen mit dem Depressivitätsgrad sprechen für die Passung von psychischen Komorbiditäten und VMO. In beiden Trainingsversionen zeigten die qualitativen Analysen Hinweise auf mögliche Modifikationen der Inhalte und der Gestaltung des Trainings. Darüber hinaus sollten die Klinikgegebenheiten bei der Implementierung berücksichtigt und die psychologischen Gespräche ausgebaut werden.

Literatur

- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C. et al. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 129 (3), 332-342.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013). *Anforderungsprofil für die verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO)*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Hampel, P., Köpnick, A. & Roch, S. (2017). *Phase III: Wirksamkeit eines Depressionsbewältigungstrainings in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation*. Unveröffentlichter Abschlussbericht, Europa-Universität Flensburg.
- Mohr, B., Korsch, S., Roch, S. & Hampel, P. (2017). *Debora. Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention*. Berlin: Springer.

Korrespondenz:

Dr. Svenja Roch
Europa-Universität Flensburg
Auf dem Campus 1
24943 Flensburg
svenja.roch@uni-flensburg.de