



9. Reha-Symposium

Wirksamkeit und Wirkfaktoren der Rehabilitation

13.-14. November 2014

Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet

◆ Poster-Abstracts ◆

Nr.	Erstautor/in	Titel
1	Stefan Lueger	Fear Avoidance Beliefs und Rückenschmerzen
2	Tino Hoerig	Der Einfluss von chronischem Stress und Erschöpfung auf den Rehabilitationserfolg beim chronischen Rückenschmerz
3	Marcel Dittrich	Eine Subgruppenanalyse zur Wirksamkeit zweier Nachsorgekonzepte „Teletherapie“/„IRENA“ bei orthopädischen Rehabilitanden mit der Indikation unspezifische chronische Rückenbeschwerden.
4	Bianca Kusma	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule bei Pflegekräften - Wie wirksam ist das Rückenkolleg? Erste Ergebnisse
5	Ingo Haase	Zum Problem einer klinisch bedeutsamen Veränderung der Schmerzstärke
6	Ursula Härtel	Subjektive Gesundheit und psychisches Befinden 10 Jahre nach erstem Herzinfarkt: Ergebnisse einer Follow-up-Studie mit Patientinnen und Patienten aus der kardiologischen Rehabilitation.

Nr.	Erstautor/in	Titel
7	Karin Meng	Welche Verhaltensdeterminanten der Schulungsleiter sind für die Implementierung standardisierter Patientenschulungen von Bedeutung?
8	Michael Wittmann	Lebensqualität und Dyspnoe von COPD-Patienten 1 Jahr nach stationärer pneumologischer Rehabilitation
9	Danijel Jelusic	Wie wirkt sich fortgesetzte sportliche Aktivität auf Dyspnoe und Lebensqualität von COPD-Patienten 1 Jahr nach Entlassung aus der pneumologischer Rehabilitation aus?
10	Michael Schuler	Die MBO® Kompakt-Neurowoche: Wer nimmt daran teil und wie geht es den Rehabilitanden nach 6 bzw. 12 Monaten?
11	S. Fahrenkrog	Zielorientierte Individuelle Nachsorge (ZINA) I – Assessmentbasierte Ableitung der Nachsorgeempfehlung in der psychosomatischen Rehabilitation
12	Philipp Martius	Zielorientierte Individuelle Nachsorge (ZINA) II – Differenzielles Nachsorgekonzept für die psychosomatische Rehabilitation

Fear Avoidance Beliefs und Rückenschmerzen

Stefan Lueger, Tanja Lueger, Martina Wächtler & Peter Deeg

Deegenbergklinik, Bad Kissingen

Hintergrund

Von besonderer Bedeutung für die Chronifizierung von Schmerzen sind sog. Angst-Vermeidungs-Überzeugungen (Fear Avoidance Beliefs). Die Befürchtung eines sich durch Bewegung verstärkenden Schmerzes führt dazu, dass körperliche Aktivität immer mehr reduziert wird, was langfristig eine fortschreitende Dekonditionierung und Schwächung der Muskulatur bewirkt (Pfungsten, 2003). Nach Pfungsten (2011) können bereits zwei Items aus dem Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (ÖMPQ) zwischen Patienten mit hohem und geringem Chronifizierungsrisiko differenzieren („Körperliche Aktivität verstärkt meine Rückenschmerzen“ sowie „Zunehmende Rückenschmerzen zeigen mir, dass ich das, was ich gerade tue, unterbrechen sollte, bis der Schmerz nachlässt“).

Fragestellungen

Wie hoch ist der Anteil von Patienten mit einem hohen Chronifizierungsrisiko in einer Stichprobe von Reha-Patienten mit Rückenschmerzen und wie hängen die schmerzbezogenen Kognitionen mit negativem Affekt und der Schmerzstärke zusammen?

Methodik

Population: 105 konsekutiv aufgenommenen Patienten ($M = 50.2$ Jahre; 64% Frauen) mit Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40 - M54, vgl. ICD-10-GM) als Erstdiagnose.

Messzeitpunkt: Vor Beginn des Heilverfahrens in der Deegenbergklinik.

Messinstrumente: Zwei Items zur Erfassung der Fear Avoidance Beliefs (FAB); Kurzform des Patient Health Questionnaire (PHQ-4) mit jeweils 2 Items zu Depression und Angst; Typ-D-Skala (DS14) mit den Subskalen negative Affektivität (NA) und soziale Inhibition (SI); numerische Ratingskala (NRS) zur Erfassung der durchschnittlichen Schmerzstärke in den letzten vier Wochen von 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz.

Auswertung: Deskriptiv, Mann-Whitney-U-Test, Chi-Quadrat-Test nach Pearson, Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson.

Ergebnisse

In den beiden FAB-Items weisen über die Hälfte der 105 Patienten (57%) einen Summenwert von ≥ 10 auf. Bei 37 (35%) Patienten liegt der Höchstwert von 12 Punkten vor. Patienten mit hohen Werten (FAB ≥ 10) sind älter ($M = 51.9$ vs. $M = 47.4$, $p = .003$) und geben höhere Depressions- ($M = 2.7$ vs. $M = 1.6$, $p = .003$) und Angstwerte ($M = 2.3$ vs. $M = 1.5$, $p = .036$) sowie eine höhere Schmerzstärke in den letzten vier Wochen ($M = 6.8$ vs. $M = 5.3$, $p < .001$) an.

Der FAB-Summenwert korreliert am höchsten mit der durchschnittlichen Schmerzstärke ($r = .44$, $p < .001$). Zusammenhänge bestehen ferner zu dem Depressions- ($r = .27$, $p = .007$) und dem Angstscore ($r = .22$, $p = .029$) des PHQ-4.

Schlussfolgerung

Bei Reha-Patienten mit Rückenschmerzen besteht ein hohes Chronifizierungsrisiko. Patienten mit hohen FAB-Werten unterscheiden sich von denen mit niedrigen FAB-Werten nicht nur hinsichtlich der subjektiv erlebten Schmerzintensität, sondern sind auch psychisch stärker belastet. Es gilt daher, kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme (siehe z.B. Linden et al. 2012) zu entwickeln, um Fear Avoidance Beliefs gezielt zu modifizieren und die Auswirkungen solcher Programme auf den langfristigen Reha-Erfolg zu untersuchen.

Literatur

Linden, M., Cicholas, B. & Scherbe, S. (2012). Randomisierte kontrollierte Studie zur Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie bei chronischen Rückenschmerzen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften, Band 98, 360 - 361.

Pfungsten, M. (2003). Vermeidungsverhalten und Rückenschmerzen – Ansätze für neue therapeutische Wege? Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin, 13, 276 - 282.

Pfungsten, M. (2011). Persönliche Mitteilung, 07.07.2011.

Korrespondenzadresse:

Stefan Lueger, Deegenbergklinik Bad Kissingen, Burgstr. 21, 97688 Bad Kissingen,

E-Mail: lueger@deegenberg.de

Der Einfluss von chronischem Stress und Erschöpfung auf den Rehabilitationserfolg beim chronischen Rückenschmerz

Tino Hoerig¹, Thomas Gottfried¹, Wolfgang Beyer²

¹ Orthopädie Klinik Höhenried, Rehabilitationszentrum am Starnberger See

² Orthopädie-Zentrum Bad Füssing

Einleitung: Hewig et al. konnten in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen erlebtem chronischem Stress und chronischen Schmerzen bei Patienten in der orthopädischen Rehabilitation aufzeigen und implizierten, dass die Berücksichtigung der chronischen Stress-belastung in der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen zur Verbesserung des Therapieerfolgs in der Rehabilitation beitragen könnte [1]. Darüber hinaus scheint auch die Erschöpfung bei der Antragstellung auf eine Rehabilitation eine nicht zu unterschätzende Rolle zu spielen. Die Erschöpfung wird in der den Krankheitsdiagnosen zugrundeliegenden ICD nur unzulänglich erfasst, so dass die tatsächliche Interaktion zwischen Erschöpfung und somatischen Beschwerden, wie dem chronischen Rückenschmerz, möglicherweise unterschätzt und nicht ausreichend in den Rehabilitationskonzepten berücksichtigt wird [2].

Zielsetzung: Die Studie untersucht das Ausmaß an chronischem Stress und Erschöpfung bei Antritt einer orthopädischen Rehabilitation und deren Einfluss auf den unmittelbaren und längerfristigen Behandlungserfolg bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen.

Methode: Geplant ist eine Follow-up-Studie von Patienten, die mit chronischen Rückenschmerzen als Erstdiagnose zum stationären Heilverfahren in die orthopädische Abteilung der Klinik Höhenried aufgenommen werden und am leitlinienorientierten Therapieprogramm teilnehmen. Datenerhebungen per Fragebögen finden bei Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) in der Klinik sowie 6 (T2) und 12 Monate (T3) nach Entlassung auf postalischem Weg statt. Die neun Skalen des Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS) erfassen Arbeits-überlastung, soziale Überlastung, Erfolgsdruck, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Überforderung bei der Arbeit, Mangel an sozialer Anerkennung, soziale Spannungen, soziale Isolation und chronische Besorgnis als potentielle Stressoren. Die Screening-Skala zum chronischen Stress (SSCS) des TICS erfasst eine globale Stressbelastung und dient in der Studie der Fallidentifikation gestresster Rehabilitanden. Die Fatigue Skala (FS) dient zur Fallidentifikation erschöpfter Rehabilitanden. Das Vorliegen von ≥ 4 Symptomen (Cut-off) gilt als Indikator für einen Fall mit klinisch relevanter Fatigue. Ein Zusatz-Item fragt die Chronizität ab. Zur Outcome-Messung werden zu allen 4 Erhebungszeitpunkten die Schmerzintensität (NRS), die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12), der Funktionsfragebogen Rücken (FFbH-R) und die subjektive Prognose zur Erwerbsfähigkeit (SPE) erhoben.

Ausblick: Belegt die Studie einen Zusammenhang zwischen chronischem Stress und/oder Erschöpfung und dem Behandlungserfolg chronischer Rückenschmerzen, so impliziert das Ergebnis, dass die routinemäßige Erfassung von Erschöpfung und den verschiedenen chronischen Stressarten für den Verlauf einer orthopädischen Rehabilitation von Bedeutung ist. Eine weitere Folge wäre die Anpassung der Therapiemodule an die neuen Kenntnisse.

Literatur:

- [1] Hewig M et al. (2009) Chronische Stressfaktoren bei Patienten mit chronischen Schmerzen in der orthopädischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften Band 83: 258-259
- [2] Kobelt A et al. (2007) Lässt sich die Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation mit dem Ausmaß der Erschöpfung und der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit vorhersagen? Entwicklungen, Ergebnisse und Akzeptanz eines kurzen Screeningfragebogens. Rehabilitation 46: 33-40

Korrespondenzadresse:

Tino Hoerig, Klinik Höhenried, Rehabilitationszentrum am Starnberger See

E-Mail: tino.hoerig@hoehenried.de

Eine Subgruppenanalyse zur Wirksamkeit zweier Nachsorgekonzepte „Teletherapie“/„IRENA“ bei orthopädischen Rehabilitanden mit der Indikation unspezifische chronische Rückenbeschwerden.

Dittrich M., Eichner G., Bosse A., Beyer W.F. (MD, ChA)

Orthopädie-Zentrum Bad Füssing (DRV Bayern Süd)
Kooperation: Klinik Passau Kohlbruck, Orthopädische Klinik Tegernsee, Klinik Bad Reichenhall

Fragestellung:

Es sollte die Wirksamkeit zweier Nachsorgekonzepte untersucht werden.

Studiendesign und Methodik:

Es handelt sich in diesem Forschungsprojekt um eine prospektive multizentrische Vergleichsgruppenstudie mit 6-monatigem Follow-Up. Eingeschlossen wurden Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd, die wegen ihrer chronischen Rückenbeschwerden eine stationäre, teilstationäre bzw. ambulante orthopädische Rehabilitationsmaßnahme in den Kooperationskliniken durchführten und sich anschließend selbstselektiv je nach Präferenz für das Nachsorgekonzept „EvoCare-Teletherapie“ oder für die „IRENA-Nachsorge“ entschieden.

Messinstrumente und Erhebungszeitpunkte:

Zu den 3 Messzeitpunkten, Beginn (t1, Rehaende) und Abschluß der Nachsorge (t2) sowie der Katamnese nach 6 Monaten (t3) wurden folgende Messinstrumente eingesetzt: Allgemeiner Gesundheitszustand (SF12), Schmerzintensität (mod. Von Korff), Lebensqualität (EQ5D) sowie die Zufriedenheit mit der Nachsorge (mod. ZUF-8). Insgesamt nahmen 191 Rehabilitanden an der Interventionsstudie teil (t1), die Abbruchrate lag bei 42,40 % (t2). Zur Katamnese (t3) konnten 82,73 % der Nachsorgebeender befragt werden.

Ergebnisse: Interventionsgruppen

Es zeigte sich in beiden Gruppen eine Verbesserung für die subjektive körperliche sowie psychische Gesundheitseinschätzung zum Ende der Nachsorgemaßnahme. Die Veränderung für den körperlichen Gesundheitszustand der IRENA-Gruppe war mit geringer Effektstärke signifikant. Die Ausgangswerte für den psychischen Gesundheitszustand zeigten in beiden Gruppen keine auffälligen Beeinträchtigungen. Die Katamnesebetrachtung ergab keine statistisch relevanten Veränderungen der Interventionsgruppen. Die Veränderungen zum körperlichen Summenscore des SF-12 konnten in der Follow-Up-Befragung in beiden Gruppen aufrechterhalten werden. Beide Interventionsgruppen zeigten höchst signifikante Verbesserungen mit hohen Effektstärken ihrer Schmerzintensität am Ende der Nachsorge. Auch die Follow-Up-Analyse zeigte eine nachhaltige Schmerzlinderung in beiden Gruppen, jedoch ohne signifikanten Unterschied. Die Angaben zur Einschätzung des augenblicklichen Gesundheitszustands mithilfe der Thermometerskala des EQ5D zeigten am Ende der Nachsorge in beiden Gruppen tendenzielle Verbesserungen. Die Katamnese erbrachte dem gegenüber eine geringfügige Verschlechterung beider Interventionsgruppen. Hierbei konnten zu keinem Messzeitpunkt statistisch signifikante Veränderungen ermittelt werden. Beide Gruppen zeigten eine hohe Zufriedenheit mit der jeweiligen Nachsorge. Auch die Follow-Up-Befragung erbrachte nur minimal verringerte Summenscores zur modifizierten Zufriedenheit.

Fazit:

Die Teilnehmer des IRENA-Nachsorgekonzeptes profitierten von dessen Durchführung hinsichtlich des körperlichen Gesundheitszustands. Beide Interventionsgruppen zeigten eine Verringerung ihrer Schmerzintensität. In Bezug auf die gewählten Assessments sind keine Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen nachzuweisen. Die Verbesserungen zum Zeitpunkt der Nachsorgebeendigung konnten in beiden Gruppen nachhaltig bestätigt werden. Insbesondere die Befragungen zum körperlichen Summenscore (hoher Effekt), zur Schmerzintensität (hoher Effekt) und zum augenblicklichen Gesundheitszustand (mittlerer Effekt) zeigten signifikante Verbesserungen über den Zeitverlauf und keinen Einfluss des jeweils nach Präferenz gewählten Nachsorgekonzeptes.

Korrespondenzadresse:

M. Dittrich, Abteilung Forschung, Orthopädie-Zentrum Bad Füssing, Waldstr.12, 94072 Bad Füssing, Tel.: 08531-959 514, Fax: 413, forschung.orthopaedie@drv-bayernsued.de

Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule bei Pflegekräften - Wie wirksam ist das Rückenkolleg? Erste Ergebnisse

Bianca Kusma¹, Aki Pietsch², Ute Pohrt¹

¹Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

²Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg

Beschäftigte in der Pflege haben aufgrund berufstypischer, wirbelsäulenbelastender Tätigkeiten ein erhöhtes Risiko für bandscheibenbedingte Erkrankungen durch schweres Heben und Tragen im Sinne der Berufskrankheit (BK) Nr. 2108. Bei der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) werden jährlich knapp 2000 Verdachtsfälle derartiger Berufserkrankungen gemeldet. Sofern bereits einschlägige Symptome vorliegen, der Arbeitsplatz durch eine entsprechende Belastung charakterisiert ist, die Betroffenen jedoch noch an diesem tätig sind, bietet die BGW ihren Versicherten die Teilnahme an einem 3-wöchigen stationären „Rückenkolleg“ an, um die Berufsaufgabe aufgrund einer BK 2108 zu verhindern.

Das Kernstück des Rückenkollegs ist die intensive praktische Vermittlung berufsspezifischer wirbelsäulenentlastender Bewegungs- und Arbeitstechniken. Daneben umfasst das Curriculum eine sportmedizinische Trainingstherapie mit individuellem Muskelaufbautraining sowie ggf. verschiedene Maßnahmen physikalischer Therapie. Mit dem Programm soll die individuelle Handlungskompetenz der Teilnehmer in Bezug auf die Gesunderhaltung des Rückens gefördert und eine Belastungsreduktion durch die erlernten rückenfreundlichen Bewegungsabläufe sowie den verstärkten Einsatz von Hilfsmitteln bei der Pflege erreicht werden.

Durch eine Eingruppen-Prä-Post-Messung (Vollerhebung aller Teilnehmer des Jahres 2013) mit vier Erhebungszeitpunkten: zu Rehabilitationsbeginn (T_0) und –ende (T_1) sowie nach 6 und 24 Monaten (T_2 bzw. T_3) werden sowohl die kurz- und mittel- als auch die langfristigen Effekte ermittelt.

Hierfür wird ein standardisierter Fragebogen eingesetzt, in dem neben soziodemographischen Daten und der Schulungszufriedenheit

- der allgemeine Gesundheitszustand inklusive Arbeitsfähigkeit
- Rückengerechtes Verhalten in Beruf und Alltag
- vorhandene Fertigkeiten und Handlungsstrategien sowie
- Parameter zu Selbstüberwachung, Krankheitsverständnis und zur emotionalen Belastung

erhoben werden.

Es werden Ergebnisse von 545 Datensätzen aus dem ersten Jahr der Erhebung (Messzeitpunkte T_0 – T_2) präsentiert.

Korrespondenz: *ute.pohrt@bgw-online.de*

Zum Problem einer klinisch bedeutsamen Veränderung der Schmerzstärke

I. Haase¹, J. Walz², B. Kladny³

¹m&i-Klinikgruppe Enzensberg, Füssen, ²m&i-Fachklinik Bad Pyrmont, ³m&i-Fachklinik Herzogenaurach

Hintergrund und Ziel: Die Schmerzstärke wird in der Schmerzforschung häufig mit Numerischen Rating-Skalen (NRS) gemessen, deren Spannweite von 0 (kein Schmerz) bis 10 (maximal vorstellbarer Schmerz) reicht. Als klinisch relevante Veränderung gilt eine Schmerzreduktion von mindestens 30 Prozent (Farrar et al. 2001, Dworkin et al. 2005). Die Tragfähigkeit dieses Leitwertes wird jedoch auch kritisch betrachtet (Reinecke 2010). Ziel dieser Sekundäranalyse war deshalb, Anhaltspunkte für die Interpretation von Veränderungen der Schmerzintensität aus eigenen Daten zu gewinnen.

Methodik: Wir verwendeten sekundäranalytisch Daten aus einer Studie der Fachklinik Bad Pyrmont zur Wirksamkeit von Ganzkörperhyperthermie bei Fibromyalgie (Walz et al. 2013) und einer laufenden Evaluation der Fachklinik Herzogenaurach zur konservativ-stationären Behandlung von akuten und chronischen Rückenschmerzen. Diese beinhalten neben den NRS-Werten für Aufnahme und Entlassung eine globale Einschätzung des Behandlungserfolges aus Sicht des Patienten über fünf Stufen von „deutlich gebessert“ bis „deutlich verschlechtert“, die uns als Ankerkriterium diente. Die Kategorien „etwas verschlechtert“ und „deutlich verschlechtert“ wurden aufgrund der sehr geringen Häufigkeit zusammengefasst.

Ergebnisse: Der untersuchte Datensatz beinhaltete 504 Fälle. Eine Schmerzreduktion um ca. 4 Punkte oder ca. 60 Prozent war mit der Einschätzung „deutlich gebessert“ assoziiert. Der Kategorie „etwas gebessert“ entsprach einer Reduktion von 2,8 Punkten bzw. 38 Prozent, während geringe Verbesserungen um ungefähr einen Punkt oder 15 Prozent mit der Kategorie „unverändert“ korrespondierten. Dieses Bild erwies sich auch bei differenzierter Betrachtungsweise nach den Variablen Diagnose/Studie, Geschlecht, Alter und Schulabschluss als weitgehend stabil während bei Fällen mit niedrigen Schmerz-Ausgangswerten erwartungsgemäß auch geringere Veränderungen zur Einschätzung „etwas“ oder „deutlich verbessert“ führten. Eine ergänzende Betrachtung der entsprechenden prä-post-Effekt-stärken unter Nutzung der Standardabweichung der prä-Werte zeigte mit 2,5 (bei „deutlich gebessert“), 1,7 („etwas gebessert“) und 0,7 („nicht verändert“) recht hohe Effektstärken.

Diskussion: Betrachtet man die Kategorie „etwas gebessert“ als kleinste klinisch bedeutsame Veränderung, so entsprechen unsere Ergebnisse in etwa den bisher publizierten Daten. Da zudem die Subgruppenanalyse weitgehend konsistente Ergebnisse zeigte, kann der cut-off Wert von 30 Prozent für eine klinisch relevante Schmerzreduktion als vorerst bestätigt angesehen werden. Bezüglich der prä-post-Effektstärken ist der Einschätzung zuzustimmen, dass eine allgemeinverbindliche Beurteilung nicht sinnvoll ist, sondern diese je nach Untersuchung und Zielgröße gesondert erfolgen sollte. Für die Schmerzforschung deutet sich nach unseren Ergebnissen an, dass hier die Messlatte eher hoch gelegt werden muss.

Literatur:

Dworkin RH et al.: Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain 113 (2005): 9-19
 Farrar JT et al.: Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. Pain 94 (2001): 149-158
 Reinecke H: Klinische Relevanz der therapeutischen Reduktion von chronischen nicht tumorbedingten Schmerzen. Berlin 2010
 Walz J et al.: Ganzkörperhyperthermie in der Schmerztherapie. Der Schmerz 27 (2013) : 38-45

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Ingo Haase, Forschung, Entwicklung und Qualitätssicherung, m&i-Klinikgruppe Enzensberg, Höhenstr. 56, 87629 Hopfen am See, ingo.haase@enzenberg.de

Subjektive Gesundheit und psychisches Befinden 10 Jahre nach erstem Herzinfarkt: Ergebnisse einer Follow-up-Studie mit Patientinnen und Patienten aus der kardiologischen Rehabilitation.

Härtel, Ursula (1); Symannek, Cornelia (1); Wex, Reinhard (1); Maul, Franziska (1);
Bongarth, Christa (2).

(1) Institut für Mediz. Psychologie, LMU München; (2) Klinik Höhenried, Bernried.

Hintergrund und Fragestellung: Über geschlechtsspezifische Unterschiede in den langfristigen Überlebenschancen und der gesundheitlichen Lebensqualität nach akutem Koronarsyndrom ist noch relativ wenig bekannt. Im vorliegenden Fall wird untersucht, wie sich im Verlauf von etwa zehn Jahren nach Entlassung aus der stationären kardiologischen Rehabilitation der subjektive Gesundheitszustand, die subjektive Leistungsfähigkeit und das psychische Befinden von Patientinnen und Patienten verändern.

Methoden: Prospektive Follow-up-Studie von 308 männlichen und 202 weiblichen Patienten (Alter bis 75 Jahre) die nach erstem akuten Herzinfarkt oder angiographisch bestätigter instabiler Angina Pectoris zur Anschlussheilbehandlung (AHB) in die Klinik Höhenried eingewiesen wurden. Die Rekrutierung erfolgte konsekutiv zu Beginn der AHB in den Jahren 1999 bis 2000. Untersuchungszeitpunkte: Beginn und Ende AHB (t1 und t2), 1,5 Jahre (t3), 3 Jahre (t4) und 10 Jahre (t5) nach AHB. Die Untersuchungsmethoden während der AHB waren medizinische Messungen und standardisierte mündliche und schriftliche Befragungen, im Follow-up standardisierte telefonische Interviews und Fragebogen zum Selbstausfüllen. Der Überlebensstatus nach etwa 10 Jahren wurde über die zuständigen Einwohnermeldeämter ermittelt. Die aufgezeigten Veränderungen in der subjektiven Gesundheit schließen nur Patientinnen und Patienten ein, die an allen Befragungen teilgenommen hatten.

Ergebnisse: Die männlichen Patienten waren zu Beginn der AHB durchschnittlich 56 Jahre alt, die weiblichen 61 Jahre. An der standardisierten Befragung zehn Jahre nach Entlassung aus der AHB nahmen 67 % (von 510 Patienten) der Ausgangsstichprobe teil. 47 Männer (15,3 % von 308) und 29 Frauen (14,4 % von 202) waren in der Zwischenzeit verstorben. Nach Altersadjustierung zeigte sich, dass die Überlebenschancen von Frauen signifikant besser waren als diejenigen der Männer (Hazard Ratio 0,483, 95% CI: 0,284-0,842), während der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand und das psychische Befinden der Frauen zu allen Untersuchungszeitpunkten signifikant schlechter war. Dies gilt sowohl für den allgemeinen Gesundheitszustand als auch für die selbst eingeschätzte Leistungsfähigkeit in Familie und Freizeit. Während die Angstsymptomatik bei beiden Geschlechtern zwischen t3 und t5 abnahm, blieb die depressive Symptomatik bei Männern in diesem Zeitraum relativ stabil, während sie bei Frauen eher zunahm. Dem geringeren Leistungsvermögen der Frauen entspricht auch der höhere Bedarf an praktischer Unterstützung. Am häufigsten äußerten Frauen (10 Jahre nach AHB) Unterstützungsbedarf bei Haus- und Gartenarbeiten. (62% der Frauen, 27% der Männer, $p < 0,001$) und beim Umgang mit Behörden (38% der Frauen, 25% der Männer, $p = 0,001$).

Schlussfolgerungen: Insgesamt war festzustellen, dass das subjektive Befinden von Herzinfarkt-Patientinnen und Patienten zehn Jahre nach der stationären Rehabilitation relativ gut war – verglichen mit dem subjektiven Gesundheitszustand der „Normalbevölkerung“ (vgl. RKI 2012, DEGS1-Symposium, Gesundheit im Alter).

Allerdings fand sich bei Frauen - mitbedingt durch ihre höhere körperliche Multimorbidität - in allen Phasen der kardiologischen Rehabilitation eine geringere gesundheitliche Lebensqualität, eine stärker ausgeprägte Angst- und Depressionssymptomatik und ein höherer praktischer Unterstützungsbedarf, verglichen mit Männern. Die möglichen Ursachen für die höhere Sterblichkeit der Männer müssen noch genauer untersucht werden.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ursula Härtel
Institut für Medizinische Psychologie der LMU
Goethestrasse 31, 80336 München
E-Mail: ursula.haertel@med.uni-muenchen.de

Welche Verhaltensdeterminanten der Schulungsleiter sind für die Implementierung standardisierter Patientenschulungen von Bedeutung?

Karin Meng, Jana Opeskin, Stefan Peters & Hermann Faller

Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften

Hintergrund

Disseminationsstudien zeigen, dass die Einführung standardisierter Schulungen in den Rehaklinikalltag häufig nicht vollständig gelingt. Neben organisatorischen Faktoren sind auch individuelle Faktoren der Klinikmitarbeiter zu berücksichtigen (z.B. Michie et al., 2005). In einem Modell zum Verhalten von Mitarbeitern im Gesundheitswesen wird angenommen, dass sozial-kognitive Parameter direkten Einfluss auf die Verhaltensintention haben, die wiederum das Verhalten prädiziert (Godin et al., 2008). Weitere Forschungsergebnisse sind aber erforderlich, um Verhaltensintention und Verhalten von Fachleuten im Gesundheitswesen besser verstehen und vorhersagen zu können

Im Rahmen einer Implementierungsstudie einer standardisierten Rückenschule wurden daher schulungsleiterspezifische Verhaltensdeterminanten untersucht. In Anlehnung an das Modell von Godin wurde geprüft welchen Einfluss sozial-kognitive und affektive Schulungsleiterdeterminanten auf deren Verhaltensintention zur Schulungsumsetzung vor Implementierungsbeginn haben.

Methodik

Mittels multi-methodaler Prozessforschung wurde die Schulungsimplementierung in 10 Rehabilitationskliniken untersucht. Die Klinikmitarbeiter wurden zu 4 Messzeitpunkten schriftlich befragt. Verhaltensdeterminanten der Schulungsleiter wurden auf theoretischer Grundlage zur Implementierung evidenzbasierter Behandlungen nach Michie et al. (2005) definiert: Schulungswissen, Schulungsleiterfertigkeiten, Passung des Curriculums mit dem eigenen Berufsbild, berufsbezogenen Selbstwirksamkeit, Selbstwirksamkeitsannahmen zur Schulungsumsetzung bzw. zum Umgang mit Widerständen, positive/negative Konsequenzerwartungen, Teamhaltung, positiver/negativer Affekt bezüglich der Einführung, Zufriedenheit mit bestehender Schulung, Intention zur Schulungsumsetzung. Die statistische Analyse umfasst Korrelations- und Regressionsanalysen. Zusätzlich wird ein Mediationsmodell sozial-kognitiver und affektiver Determinanten geprüft (MPlus). Die Stichprobe umfasst 77 Schulungsleiter (17 Ärzte, 45 Bewegungstherapeuten, 13 Psychologen, 2 Ergotherapeuten).

Ergebnisse

In der multiplen Regressionsanalyse erweisen sich die Variablen „Selbstwirksamkeit in Bezug auf den Umgang mit Widerständen“, „positiver Affekt“ und „Fertigkeiten Schulungsmethoden“ als signifikante Prädiktoren der Verhaltensintention ($R^2=.50$).

Ein a priori formuliertes Mediatormodell postuliert, dass der Zusammenhang zwischen den sozial-kognitiven Determinanten (Passung mit beruflicher Rolle, positive Erwartungen, negative Erwartungen, Selbstwirksamkeit: Widerstände) und der Intention zur Schulungseinführung über die affektive Determinante (positiver Affekt) vermittelt wird. Für das Mediatormodell zeigt sich ein guter Modellfit ($\chi^2=9.01(8)=.34$. RMSEA=.05. CFI=0.99. TLI=0.98. SRMR=0.06).

Schlussfolgerung und Ausblick

Einzelne Schulungsleiterdeterminanten beeinflussen deren Intention zur Schulungsumsetzung. Bei der Einführung von Patientenschulungen sollte daher der Passung der Schulung mit der eigenen beruflichen Rolle, den erwarteten Konsequenzen sowie der Selbstwirksamkeit, mit schwierigen Situationen bei der Implementierung umgehen zu können, Beachtung gegeben werden, um eine positive affektive Reaktion und die Verhaltensabsicht zur Schulungsumsetzung zu fördern. Die Determinanten können auch wesentliche Ansatzpunkte für Implementierungsinterventionen sein und sollten in weiteren Studien untersucht werden.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. Karin Meng

Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Klinikstr. 3, 97070 Würzburg

Tel: 0931-31-82074, Fax: 0931-31-86080, E-Mail: k.meng@uni-wuerzburg.de

Lebensqualität und Dyspnoe von COPD-Patienten 1 Jahr nach stationärer pneumologischer Rehabilitation

Michael Wittmann¹, Danijel Jelusic¹, Michael Schuler², Konrad Schultz¹

¹Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Fachbereich Pneumologie

²Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Hintergrund: Bisher gibt es wenige Daten zur Langzeiteffektivität der pneumologischen Rehabilitation bei COPD unter den Bedingungen in Deutschland (i.d.R. stationär, Regel-verweildauer 3 Wochen).

Methode: Prospektive Studie zur Erfassung der Langzeiteffektivität einer intensiven 3-wöchigen stationären Rehabilitation. Erfasst werden u.a. die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Dyspnoe mittels standardisierter Erhebungsinstrumente (SGRQ = St. George`s Respiratory Questionnaire; TDI = transition dyspnea index). Messzeitpunkte: Beginn und Ende der Rehabilitation sowie (postalisch bzw. per Telefoninterview) nach 3, 6, 9 und 12 Monaten. Eine erste Zwischenauswertung der 1-Jahresergebnisse erfolgte, nachdem über 100 Patienten den Zeitpunkt 1 Jahr nach Entlassung aus der Reha erreicht haben.

Patientengut: 109 konsekutive COPD-Patienten (GOLD 2-4, Aufnahme Februar - Juni 2013), von denen Daten zu allen 6 Messzeitpunkten vorliegen. Mittleres Alter 57,1±6,9 J., 65,7% Männer, mittlere FEV1 (Reha-Beginn) 1.51±0.58 l bzw. 50.72±15.21%pred.

Ergebnisse: s. Tab. 1 (Mittelwert±SD, jeweils bezogen auf T0 = Aufnahmezeitpunkt)

SGRQ	Aufnahme	Entlassung	3 M	6 M	9 M	12 M
<i>symptoms</i>	65,19±21,49	50,69±23,57	53,48±25,45	58,34±24,21	54,04±24,90	57,82±24,10
<i>activity</i>	62,73±21,16	53,30±19,85	56,04±21,47	55,89±21,63	54,40±21,67	57,24±21,49
<i>impact</i>	38,65±19,02	28,87±18,46	31,62±20,52	32,90±20,39	31,47±19,93	33,27±19,50
<i>total score</i>	50,38±17,99	39,78±17,51	41,95±20,05	43,78±19,17	41,91±19,51	45,16±18,95
TDI		4.58±3.41	2.45±4.82	1.63±5.04	2.68±4.82	1.77±2.21

Auch 1 Jahr nach Rehabilitation finden sich signifikante bzw. klinisch relevante Verbesserungen bzgl. aller SGRQ-Subscores (p jeweils <0.05) und bzgl. des TDI. Der mittlere SGRQ-total-score war auch noch nach einem Jahr um -4,94 Punkte (MID= minimal important difference: -4) besser als zu Beginn der Rehabilitation (SRM 0,29, CI -0,09 bis - 0,49), der TDI-Score im Mittel um 1,77 Punkte (MID: 1).

Diskussion: Positive Rehabilitationseffekte bzgl. Lebensqualität und Dyspnoe überdauern den Rehabilitationszeitraum und sind auch noch nach einem Jahr in einem klinisch relevanten Ausmaß nachweisbar.

Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Wittmann, Klinik Bad Reichenhall, Salzburger Str. 8-11, 83435 Bad Reichenhall.
michael.wittmann@klinik-bad-reichenhall.de

Wie wirkt sich fortgesetzte sportliche Aktivität auf Dyspnoe und Lebensqualität von COPD-Patienten 1 Jahr nach Entlassung aus der pneumologischen Rehabilitation aus?

Danijel Jelusic¹, Michael Wittmann¹, Michael Schuler², Konrad Schultz¹

¹Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Fachbereich Pneumologie ²Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Hintergrund: Sport und körperliche Aktivität sind wichtige Prognose-Parameter bei COPD. Bisher gibt es aber nur wenig empirische Daten, in wie weit fortgesetzte sportliche Aktivität nach einer stationären pneumologischen Rehabilitation Dyspnoe und Lebensqualität positiv beeinflussen. Hierzu haben wir den Verlauf von Rehabilitanden, die im Jahr nach der Entlassung aus der Reha mindestens 2x/Woche Sport betreiben, mit jenen Rehabilitanden verglichen, die weniger oder gar nicht sportlich aktiv sind.

Methoden: Am Ende (T1) und 1 Jahr nach (T4) einer 3-wöchigen stationären pneumologischen Rehabilitation wurden 111 COPD-Pat. standardisiert bzgl. Dyspnoe (TDI=Transition Dyspnoe Index) und Lebensqualität (CAT=COPD Assessment Test) befragt. Die Pat. wurden in 2 Gruppen eingeteilt: Die „Aktive“ Gruppe betrieb im Folgejahr mindestens 2x/Woche Sport (n=57), während die „Inaktive“ Gruppe im Folgejahr weniger oder gar keinen regelmäßigen Sport betrieb (n=54). Zu T1 fanden sich zwischen beiden Gruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. Alter, Geschlecht und Lungenfunktion, auch die am Ende der Reha deutlich gebesserten CAT- und TDI-Werte waren gleich.

Ergebnisse: s. Abb. 1 a und b

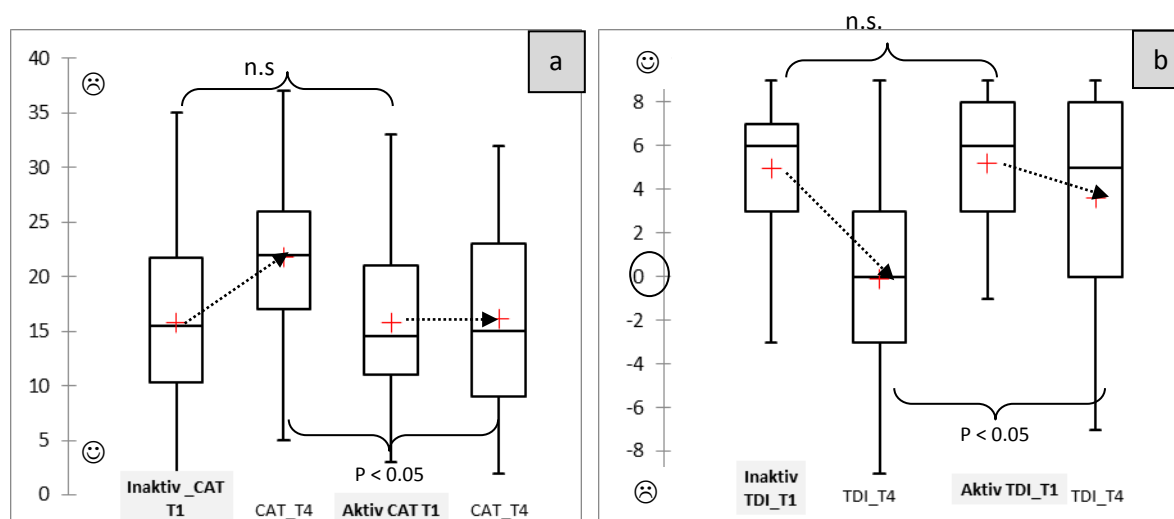


Abb. 1a: Änderung des CAT-Scores [☺ 0 - 40 ☹] 1 Jahr (T4) nach pneum. Rehabilitation **Abb. 1b:** Änderung des TDI-Index [☺ + 9 - - 9 ☹] 1 Jahr (T4) nach pneum. Rehabilitation

Diskussion: Jene COPD-Patienten die keinen regelmäßigen Sport betrieben, zeigten bzgl. Dyspnoe und Lebensqualität einen signifikant schlechteren Verlauf als die Gruppe, die auch nach der Reha mindestens 2x/Woche Sport betrieb.

Fazit: Unsere Daten bestätigen die Bedeutung regelmäßiger sportlicher Aktivität als einen Kernpunkt eines erfolgreichen COPD-Langzeit-Managements. Sportliche Aktivität bestätigt sich somit als wesentlicher Faktor, um die Verbesserung der Lebensqualität durch die Rehabilitation bei COPD zu stabilisieren. Um so wichtiger scheint das Fokussieren auf eine entsprechende Verhaltensänderung bereits während der Rehabilitation.

Korrespondenzadresse:

Dr. Danijel Jelusic, Klinik Bad Reichenhall, Salzburger Str. 8-11, 83435 Bad Reichenhall.
danijel.jelusic@klinik-bad-reichenhall.de

Die MBO® Kompakt-Neurowoche: Wer nimmt daran teil und wie geht es den Rehabilitanden nach 6 bzw. 12 Monaten?

*Schuler, M. (1), Lukaszczik, M. (1), Knörzer, J. (2), Laterveer, H. (2),
Weilbach, F. (2), Presl, M. (2), Presl, M. (2), Neuderth, S. (1)*

(1) Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, (2) Klinik Bavaria, Rehabilitationsklinik für Orthopädie, Neurologie, Altersheilkunde, Bad Kissingen

Hintergrund. Die MBO® Kompakt-Neurowoche in der Klinik Bavaria in Bad Kissingen zielt darauf ab, neurologischen Reha-Patienten mit Diskrepanzen zwischen beruflichen Anforderungen und aktueller Leistungsfähigkeit, die Rückkehr in den Beruf erleichtern. Das 7-tägige berufsorientierte Behandlungskonzept wird im Anschluss an die reguläre neurologische Rehabilitation durchgeführt und umfasst sowohl psychosoziale und kognitive Behandlungsbausteine als auch Trainingsangebote zur besseren Bewältigung körperlicher Arbeitsplatzanforderungen. Es wurde untersucht: (1) Hinsichtlich welcher soziodemografischer, sozialmedizinischer und klinischer Merkmale sich Maßnahmenteilnehmer von Nicht-Teilnehmern unterscheiden. (2) Wie sich die sozialmedizinische Situation der Teilnehmer 6 und 12 Monate nach Maßnahme darstellt. (3) Wie die Maßnahme von den Teilnehmern beurteilt wird.

Methode. Es liegen Fragebogendaten zu vier Messzeitpunkten vor: T0=Screening auf besondere berufliche Problemlage (BBPL) zu Beginn der regulären Reha, T1=Maßnahmenbeginn, T3=6-Monats-Katamnese, T4=12-Monats-Katamnese.

Ergebnisse. Von 244 Maßnahmenteilnehmern (75% Männer, Durchschnittsalter 48 J., meist Schlaganfall) waren 7% vor Rehabeginn arbeitslos, 78% waren Vollzeit beschäftigt, 66% waren im Jahr vor der Reha krankgeschrieben (AU-Dauer M=12 Tage, Mdn=9 Tage). 44% sehen zu Maßnahmenbeginn ihre berufliche Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt, 16% überlegen, einen Rentenantrag zu stellen und 21% weisen depressive Symptome auf (PHQ-2). Im Vergleich zu den Nicht-Teilnehmern (N=202, nur T0-Daten vorliegend), weisen Maßnahmenteilnehmer eine signifikant höhere berufsbezogene Behandlungsmotivation ($r=0,27$) und eine bessere subjektive Erwerbsprognose auf ($r=0,23$), sind seltener arbeitslos ($r=0,18$), haben seltener Abitur (5% vs. 12%) und sind häufiger Arbeiter (74% vs. 59%). Von der Maßnahme erwarten die Teilnehmer primär eine Verbesserung der körperlichen und beruflichen Leistungsfähigkeit und eine Vorbereitung auf die Rückkehr in das Arbeitsleben. Am meisten wird befürchtet, das im Beruf geforderte Arbeitstempo nicht einhalten zu können, schnell zu ermüden, Konzentrationsschwierigkeiten zu haben und die eigene Leistungsfähigkeit nicht richtig einschätzen zu können. Zu T3 (T4) liegen Daten von N=191 (180) Maßnahmenteilnehmern vor. Hiervon schätzen sich 24% (16%) als voll leistungsfähig, 37% (47%) als leicht eingeschränkt leistungsfähig und 26% (18%) als erheblich eingeschränkt ein. 13% (18%) geben an, nicht erwerbsfähig zu sein. 65% (67%) gehen einer Vollzeitbeschäftigung nach, 9% (7%) sind arbeitslos, 6% (5%) haben einen Rentenantrag gestellt, 24% (29%) denken über eine Rentenantragstellung nach. Die mittlere AU-Dauer beträgt M=9 (10) Wochen (Mdn=4 (4)). Mit der Maßnahme sind 76% (78%) der Teilnehmer ziemlich bis sehr zufrieden. Als besonders hilfreich werden Angebote zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, des Gedächtnisses und zur Testung der Arbeitsfähigkeit bewertet. Über 80% geben an, durch die Maßnahme besser auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz vorbereitet worden zu sein und besser mit beruflichen Belastungen umgehen zu können.

Diskussion. In die MBO® Kompakt-Neurowoche werden Rehabilitanden mit beruflicher Problemlage bei gleichzeitig guter berufsbezogener Behandlungsmotivation aufgenommen. Die Maßnahme sowie einzelne Bausteine werden als hilfreich für die Rückkehr an den Arbeitsplatz und die Bewältigung von Arbeitsplatzproblemen angesehen. Die meisten Patienten konnten wieder in ihren Beruf zurückkehren, über 60% zeigten nach 12 Monaten keine nennenswerten Leistungseinschränkungen.

Korrespondenzadresse

Dr. Michael Schuler

Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Klinikstraße 3, 97070 Würzburg

Tel.: 0931-3180488, Fax: 0931-3186080, E-Mail: m.schuler@uni-wuerzburg.de

Zielorientierte Individuelle Nachsorge (ZINA) I – Assessmentbasierte Ableitung der Nachsorgeempfehlung in der psychosomatischen Rehabilitation

S. Fahrenkrog (1), K. Spyra (1), A. Orban (2), I. Angenendt-Fischhold (2), Ph. Martius (2)

(1) Charité Berlin / Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

(2) Klinik Höhenried gGmbH der DRV Bayern Süd

Einleitung: Qualifizierte Nachsorgeangebote sichern auch in der psychosomatischen Rehabilitation nachweislich die Erfolge der stationären medizinischen Rehabilitation. Angesichts der unterschiedlichen Bedarfe der Versicherten besteht die Notwendigkeit zu differenziellen Konzepten. Auf dem NRFB 2013 haben wir erstmals über ein Forschungsvorhaben berichtet, das (1) in Anlehnung an die Reha-Management-Kategorien (RMK) Gruppen von Versicherten mit unterschiedlich (intensivem) Bedarf an Nachsorge identifizieren und (2) den Erfolg der so individuell gestalteten Nachsorge untersuchen soll. Das Projekt wird von der DRV Bayern Süd über einen Zeitraum von 3 Jahren gefördert.

Das *Poster* stellt das Studiendesign sowie die Teilnahmequote der Kontrollgruppe vor und beschreibt die assessmentbasierte Ableitung der Nachsorgeempfehlung. Die Nachsorgekonzepte werden auf einem eigenen Poster dargestellt (Martius et al. 2014).

Ergebnisse: Im ersten Untersuchungszeitraum (Juli 2013 bis April 2014) konnten 651 Versicherte zur Teilnahme an der Studie gewonnen werden (T0 =59,9 %). Der Rücklauf zu den Zeitpunkten T1 am Ende der Reha und T2 sechs Monate nach der Rehabilitation betrug 71,7 % von der Grundgesamtheit N = 651 (T1, absolut: 467) bzw. 57,5 % (T2: absolut: 392, Stand 16. Oktober 2014). Aus der Erhebung war die inhaltliche Ableitung eines Zuordnungs-Algorithmus möglich, der zu einer Zuweisung zu den geplanten Nachsorgekategorien in folgendem Umfang führte:

	Häufigkeit	Prozent
ZIGNA ¹ :	161	25,5 %
ZIGNA & Psychotherapie:	181	30,0 %
IPN ² :	13	2,2 %
IPN und Psychotherapie:	68	11,3 %
Nur Psychotherapie:	154	25,5 %
Keine Nachsorgeempfehlung:	26	4,3 %
	603	100 %
Fehlend	48	
Gesamt	651	

Diskussion: Die in der Kontrollphase erhobenen Daten könnten für eine Zuordnung der Versicherten in eine der Reha-Management-Kategorien genutzt werden, die den aus der Literatur bekannten Versorgungskapazitäten und den eigenen klinischen Erfahrungen weitgehend entspricht. In der Interventionsphase wird die Wirksamkeit der Nachsorge-Kategorien überprüft.

¹ Zielorientierte Gruppennachsorge

² Individuelle Psychosoziale Nachsorge

Zielorientierte Individuelle Nachsorge (ZINA) II - Differenzielles Nachsorgekonzept für die psychosomatische Rehabilitation

*Ph. Martius (1,3), I. Angenendt-Fischhold (1), A. Orban (1,3), Magdalena Hahn-Ritzkat (3),
S. Fahrenkrog (2), K. Spyra (2)*

(1) Klinik Höhenried gGmbH der DRV Bayern Süd

(2) Charité Berlin / CCM Rehabilitationsforschung

(3) Hochschule München, Fakultät 11 für angewandte Sozialwissenschaften

Einleitung: Qualifizierte Nachsorgeangebote sichern auch in der psychosomatischen Rehabilitation nachweislich die Erfolge der stationären medizinischen Rehabilitation. Angesichts der unterschiedlichen Bedarfe der Versicherten besteht die Notwendigkeit zur Entwicklung differenzieller Konzepte. Auf dem NRFB 2013 wurde erstmals über ein Forschungsvorhaben berichtet, das (1) in Anlehnung an die Reha-Management-Kategorien (RMK) Gruppen von Versicherten mit unterschiedlich (intensivem) Bedarf an Nachsorge identifizieren und (2) den Erfolg der so individuell gestalteten Nachsorge untersuchen soll. Das Projekt wird von der DRV Bayern Süd über einen Zeitraum von 3 Jahren gefördert.

Das *Poster* stellt die Konzepte der zielorientierten Gruppennachsorge „ZIGNA“ und der individualisierten, psychosozialen Nachsorge IPN vor, die in der aktuell beginnenden Interventionsphase evaluiert werden.

Zielorientierte Gruppennachsorge - ZIGNA

In diesem Setting werden Patienten nach einer psychosomatischen Reha in Gruppen von 8-12 Patienten versorgt. Die Gruppenleitung erfolgt durch eine Psychologin. Ziel ist die Verbesserung von Aktivität und Teilhabe und der Transfer des Reha-Ergebnisses in den Alltag. Das Konzept orientiert sich am Hannover Curriculum (Kobelt et al. 2001), mit folgenden Modifikationen: Es sind zusätzliche Vor- und Nachgespräche im Einzelsetting geplant, und die Inhalte sind gruppenspezifisch gestaltet. Das Gruppenangebot kann an Terminen unter der Woche über 4 Monate oder an 4 Samstagen ganztags in Anspruch genommen werden. Die Themen der Gruppentermine wurden auf die Bedürfnisse der Patienten der Klinik Höhenried abgestimmt. Sie umfassen die Bereiche: „Der Schritt von der Klinik in den Alltag“, „Rückkehr zum Arbeitsplatz“, „Meine Beziehungen: Partnerschaft, Familie und Freunde“, „Meine Stärken und Fähigkeiten“ etc..

Individuelle Psychosoziale Nachsorge - IPN

Das IPN-Konzept ist aus einer langjährigen Lehrveranstaltung „Praxisprojekt: Nachsorge in der Psychosomatik“ mit StudentInnen der Sozialen Arbeit an der Hochschule München entstanden. IPN wird von einer Sozialpädagogin geleitet und basiert auf den Grundsätzen des Case Managements. Case Management ermöglicht eine auf den einzelnen Patienten abgestimmte Wiedereingliederung, die die unterschiedlichen Unterstützungen, die der Patient benötigt, in Einklang bringt, um eine effiziente Kooperation der Hilfen zu koordinieren und zielgerichtet einzusetzen. Ziel ist, in bis zu 10 Beratungsgesprächen die in der Reha erarbeiteten Ziele weiter zu verfolgen und Unterstützung bei der Überleitung zu nachgehenden ambulanten Hilfen zu geben, z.B. Beratung und Information zu persönlichen und sozialen Fragen und bei Problemen am Arbeitsplatz oder die Überleitung zu Rechts- oder Schuldnerberatungsstellen. Dabei ist ggf. auch eine konkrete Begleitung im Einzelfall möglich.

Korrespondenz

Prof. Dr. Philipp Martius, Klinik Höhenried, 82347 Bernried