



VFR

Forschungsbericht

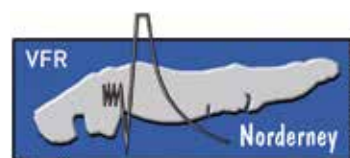
Ausgabe 2012

Verein zur Förderung
der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney



Deutsche
Rentenversicherung

Westfalen



Impressum

Herausgeber:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V. Norderney

Redaktion:

Professor Dr. Bernhard Greitemann

Forschungs- bericht

Institut für Rehabilitationsforschung e. V.
Norderney

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
Abteilung Bad Driburg	
– Psychologische Betreuung und Reha-Erfolg bei Patienten mit Diabetes mellitus (PDS)	10
– Machbarkeit der Durchführung einer prospektiven, kontrollierten, randomisierten Studie zur strukturierten ernährungsmedizinischen Nachbetreuung mangelernährter gastroenterologischer Patienten	12
– Ernährungsmedizinische Reha-Nachbetreuung mangelernährter Patienten bei ausgewählten Tumorerkrankungen (Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Pankreaskarzinom) und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen	14
– Machbarkeit einer Studie zur Implementierung und Evaluation eines psycho-diabetologischen Rehabilitationskonzeptes für Patienten mit Diabetes mellitus (MIDIP)	16
– Randomisierte-kontrollierte Evaluationsstudie eines neu konzipierten psycho-diabetologischen Rehabilitationskonzeptes für Patienten mit Diabetes mellitus und psychischen Belastungen im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (EDIP)	18
Abteilung Bad Rothenfelde	
– Das Integrierte orthopädisch-psychosomatische Konzept der Klinik Münsterland – Entwicklung und Evaluation (IopKo)	22
– Stellenwert der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL) in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung	24
– P.A.INT – Qualitätssicherung der Patienten-Arzt-Interaktion in der stationären medizinischen Rehabilitation: Problem- und Potentialanalyse und die Entwicklung eines berufsbegleitenden Trainings kommunikativer Fertigkeiten für Ärzte	26
– Evaluation der orthopädischen Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (EVORNA)	28
– Rückenfit-Umsetzung – Evaluation und Replikation der Langzeitbefunde (RUEVARELA)	30
– Optimierung pflegerischer Patientenkontakte in der medizinischen Rehabilitation im Kontext neuer Versorgungssysteme: Aufgaben, Rollen und Arbeitssituation der Pflege in der Reha – Problem- und Potentialanalyse. Leitfadengestützte Interviews mit Pflegenden und Patienten (OPTIPPAR I)	32
– Verbesserung der Vorbereitung von orthopädischen Rehabilitanden auf die Rehabilitation durch diagnosegruppenspezifische Information im Vorfeld (Reha-Info – Re.In!)	34
– Erstellung eines Manuals für das Rückenfit-Programm (RüMan)	36

- Optimierung pflegerischer Patientenkontakte in der medizinischen Rehabilitation: Entwicklung und Evaluation eines berufsbegleitenden Trainings kommunikativer Fertigkeiten für Pflegenden (OPTIPPAR II) 38

Abteilung Bad Salzuflen

- Individuelle Nachsorge onkologischer Patienten. Konzeption und Evaluation von nachsorgebezogenen Interventionen zur langfristigen Verstetigung von Rehabilitationserfolgen (INOP) 42
- Evaluation der Nachhaltigkeit einer berufsorientierten Rehabilitation am Beispiel des RehaBau-Projektes für Bauhandwerker (NABEOR) 44
- Pilotstudie Wunschgewicht: Evaluation eines Beratungs- und Schulungsprogramms für übergewichtige und adipöse Patienten im Rahmen einer stationären Rehabilitation (WuGe) 46

Abteilung Ennepetal

- Rehabilitation nach Herzoperation (REHOP): Eine vergleichende Untersuchung zwischen bypass- und herzklappenoperierten Rehabilitanden hinsichtlich relevanter Outcomekriterien 50
- Diabetes-Intervention mit kohlenhydratreduzierter Ernährung (DIKE): Randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie zum Vergleich von kohlenhydratreduzierter Kost mit leitliniengemäßer Diabetikerkost in der Therapie des Diabetes mellitus-Typ-2 52

Abteilung Münster

- Evaluation der psychosomatischen Reha-Nachsorge (PRN) der Deutschen Rentenversicherung Westfalen: Struktur- und Prozessoptimierung als unmittelbares Evaluationsergebnis (PRN₁) 56
- Wissen – Wertschätzung – Kompatibilität – Alternativen: Die Rehabilitation aus betrieblicher Sicht (KoRB₁) 58
- Projekt zur Erfassung der Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung im Antragsverfahren auf Erwerbsminderungsrente („PEgL“) 60
- Reha muss passen! Arbeitsplatzorientierte Optimierung der Kooperation zwischen Rehabilitationsklinik und Betrieb (KoRB₂) 62

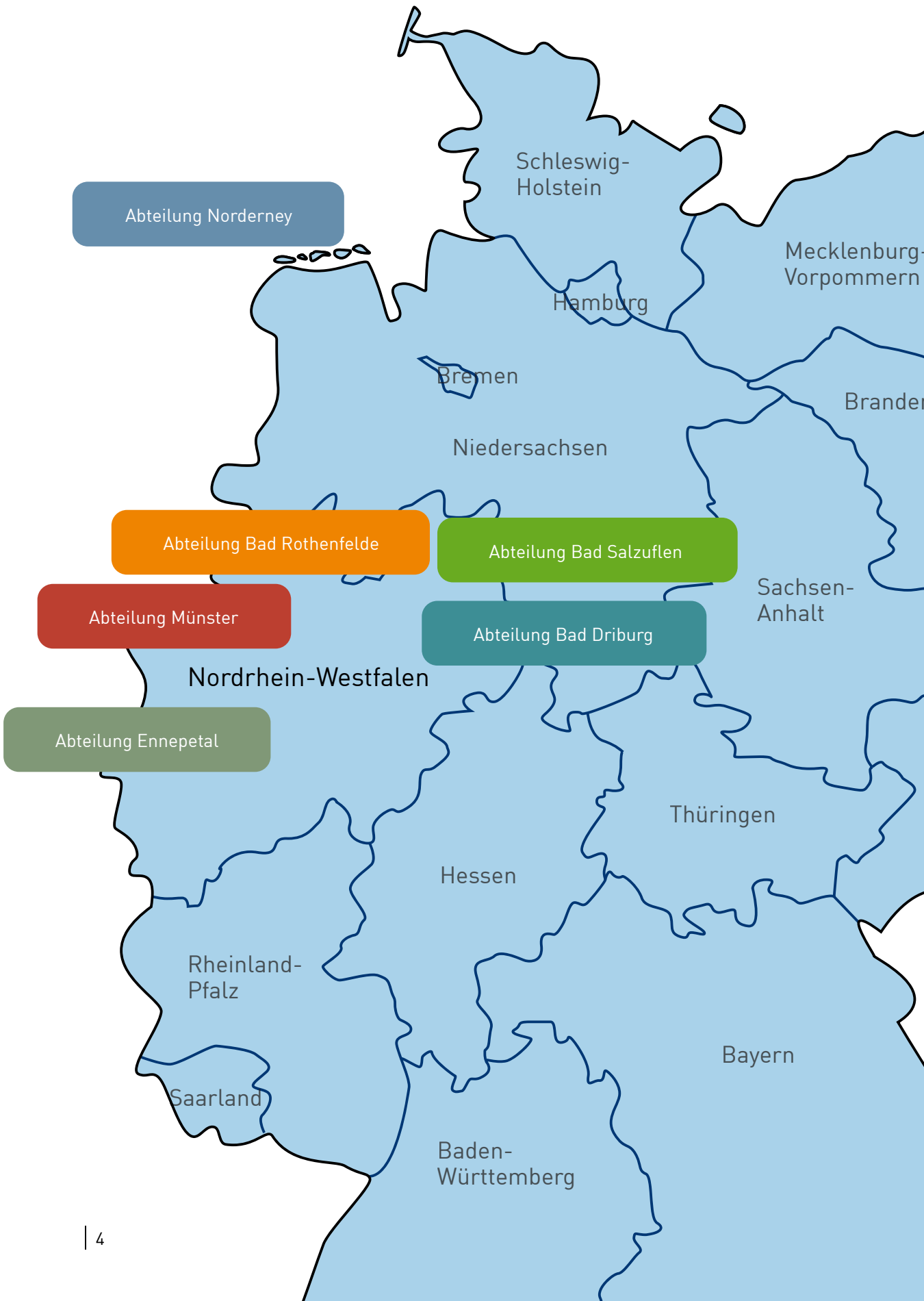
Abteilung Norderney

- Wiederherstellung von Aktivität und Partizipation in Abhängigkeit vom Aktivitätsprofil unter besonderer Berücksichtigung der psychovegetativen Erschöpfung 66
- Verbesserung von Patientenschulung durch Informationstechnologie 68

Abteilungsübergreifend

- Betsi – Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern 72

- Publikationen – Auszug –** 74



Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Vorstand:

Josef Meiers, Mitglied des Vorstandes der DRV Westfalen

Peter Schuchart, Mitglied des Vorstandes der DRV Westfalen

Werner Eppert, Mitglied der Geschäftsführung der DRV Westfalen

Thomas Keck, Vorsitzender der Geschäftsführung der DRV Westfalen

Geschäftsführer:

Rudolf Schlichtmann

Institut für Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Leiter des Instituts:

Professor Dr. Bernhard Greitemann, Klinik Münsterland

Abteilungen:

Abteilung Bad Driburg

Klinik Rosenberg

Hinter dem Rosenberge 1

33014 Bad Driburg

Telefon 05253 970-0

info@klinik-rosenberg.de

www.klinik-rosenberg.de

Abteilung Ennepetal

Klinik Königsfeld

Holthäuser Talstraße 2

58256 Ennepetal

Telefon 02333 9888-0

info-koenigsfeld@drv-westfalen.de

www.klinik-koenigsfeld.de

Abteilung Bad Rothenfelde

Klinik Münsterland

Auf der Stöwwe 11

49214 Bad Rothenfelde

Telefon 05424 220-0

info@klinik-muensterland.de

www.klinik-muensterland.de

Abteilung Münster

Deutsche Rentenversicherung

Westfalen

Gartenstraße 194

48147 Münster

Telefon 0251 238-0

kontakt@drv-westfalen.de

www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de

Abteilung Bad Salzuflen

Salzetalklinik

Alte Vlothoer Straße 1

32105 Bad Salzuflen

Telefon 05222 186-0

info@salzetalklinik.de

www.salzetalklinik.de

Abteilung Norderney

Klinik Norderney

Kaiserstraße 26

26548 Nordseeheilbad Norderney

Telefon 04932 892-0

klinik-norderney@t-online.de

www.klinik-norderney.de

Vorwort

Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrte Leser,

in der Hand halten Sie den ersten Berichtsband des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney.

Hiermit soll eine Übersicht über die aktuell abgeschlossenen und noch laufenden Projekte des Institutes für Rehabilitationsforschung in leicht verständlicher Form gegeben werden. Neben einer Darstellung der wissenschaftlichen Vorgehensweisen und der Ergebnisse sollen auch Umsetzungsaspekte aus den Projekten besonders hervorgehoben werden. Abgeschlossen wird der Berichtsband durch eine Literaturübersicht über wesentliche Veröffentlichungen aus dem Institutsgeschehen im Forschungsverein.

Warum eigentlich Forschung in der Rehabilitation?

Forschung ist die Voraussetzung zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgungsstrukturen im Sinne einer evidenzbasierten Rehabilitationsmedizin.

Der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney, im Wesentlichen getragen durch die Deutsche Rentenversicherung Westfalen, hat es sich zur Aufgabe gemacht, insbesondere die kliniknahe Forschung zu fördern, ausgehend von der Idee, dass hieraus direkt praxisnahe und vor allem auch umsetzungsrelevante Forschungsthemen bearbeitet werden.

Die Aufgabe der DRV-eigenen Kliniken als Rehabilitatioeseinrichtungen, die auch richtungsweisende Rehabilitationstrends bzw. -methoden entwickeln sollen, wird damit auch wissenschaftlich unterstützt. Von daher sehen wir die Arbeit des VFR als einen besonders wichtigen Beitrag im Rahmen der Verbundforschung in Nordrhein-Westfalen an.

Wir würden uns freuen, wenn der Bericht Ihr Interesse findet und dazu beitragen kann, dem Verständnis für die Bedeutung der Rehabilitation für die Arbeitswelt und die in ihr schaffenden Menschen einen erweiterten Hintergrund zu geben.



Prof. Dr. Bernhard Greitemann
Institutsleiter
IfR e. V. Norderney



Werner Eppert
Vorstand
VFR e. V. Norderney



Rudolf Schlichtmann
Geschäftsführer
VFR e. V. Norderney



Abteilung Bad Driburg

Klinik Rosenberg
Hinter dem Rosenberge 1
33014 Bad Driburg
Telefon 05253 970-0
info@klinik-rosenberg.de
www.klinik-rosenberg.de

Titel des Projektes:

Psychologische Betreuung und Reha-Erfolg bei Patienten mit Diabetes mellitus (PDS)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Harald Fischer

Projektmitarbeiter: Dr. Bénédicte Jolivet, Rosemarie Hillebrand,
Maria Pauli

Abteilung: Bad Driburg

Laufzeit:

1. Oktober 2008 bis 31. Dezember 2011

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Die erhöhte psychische Komorbidität bei Patienten und Diabetes mellitus ist gut belegt. Nach dem Stand der Forschung stellen begleitende psychologische Belastungen ein Risikopotential für Schwierigkeiten beim Selbstmanagement dar, die Kombination von psychischer Belastung und Diabetes mellitus wirkt sich negativ auf Arbeitsfähigkeit und Frühverrentung aus. In dieser Untersuchung soll geprüft werden, ob durch eine intensivere psychologische Betreuung während des Reha-Aufenthaltes bei Patienten mit Diabetes mellitus die Behandlungsergebnisse sich nach einem Jahr verbessern lassen. Wie viele und welche Patienten nehmen ein solches Angebot wahr bzw. sind daran interessiert? Erreicht man durch mehr psychologische Betreuung eine Verbesserung der Blutzuckereinstellung (HbA1c), eine Verminderung der psychologischen Belastung (Angst, Depression) und eine Verbesserung der Lebensqualität?

Methodisches Vorgehen:

Es handelt sich um eine prospektive kontrollierte randomisierte Studie. Rekrutiert wurden alle Patienten mit Diabetes mellitus als führende Diagnose, die an einer Diabetes-Schulung während der Reha teilnahmen. In der Kontrollgruppe wurde das bisherige Standard-Programm durchgeführt, in der Interventionsgruppe erhielten die interessierten Patienten eine ausführlichere psychologische Betreuung in Form von krankheitsspezifischen Gruppengesprächen und einem Stressbewältigungs-Programm. 498 Patienten (jeweils 249 in Kontroll- und Interventionsgruppe) wurden eingeschlossen (Alter 50 ± 9 J.; 69 % männlich). Bei Aufnahme und nach einem Jahr wurden medizinische Parameter (u. a. HbA1c als anerkannte Erfolgsparameter für die Qualität der Diabeteseinstellung), psychologische Parameter (HADS-Angst und -Depression), Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und Lebensqualität (WHO5, SF 12) erhoben.

Ergebnisse:

Von allen Eingeschlossenen lehnten 102 (20 %) der Patienten die Teilnahme an einer zusätzlichen psychologischen Betreuung ab. 54 (11 %) Patienten waren unentschieden bzw. nahmen das Angebot nur teilweise wahr und 342 (69 %) nahmen das komplette Programm in Anspruch. Bei Patienten mit mindestens einem auffälligen psychologischen Score (n = 291) stieg der Anteil der Interessierten auf 78 %. Der Rücklauf nach einem Jahr betrug 65 %.

Vergleicht man Kontroll- und Interventionsgruppe insgesamt, zeigt sich sowohl für den HbA1c als auch für die psychologischen Scores und die Lebensqualität kein signifikanter Unterschied nach einem Jahr. In der Untergruppe der Patienten mit mindestens einem auffälligen Score und einem HbA1c $\geq 7,5$ % bei Aufnahme zeigte sich keine signifikante Besserung des HbA1c in der Kontrollgruppe (T1: $8,85 \pm 1,25$ vs. T4: $8,69 \pm 1,87$; n = 46), in der Interventionsgruppe ist jedoch eine signifikante Besserung von 0,63 % nachweisbar (T1: $9,21 \pm 1,28$ vs. T4: $8,58 \pm 1,42$; n = 52; p < 0,01).

Bei den Patienten mit mindestens einem auffälligen Score ist nach einem Jahr eine signifikante Reduktion der HADS-Scores für Angst (p < 0,02) und Depression (p < 0,01) in der Interventionsgruppe zu verzeichnen, diese Besserung ist in der Kontrollgruppe nicht nachweisbar. Auch der Selbstwirksamkeits-Score (SWE) verbesserte sich in der Interventionsgruppe signifikant (p < 0,01), in der Kontrollgruppe nicht. Die Verbesserung der Lebensqualität gemessen an SF 12 und WHO 5 ist in der Interventions- und in der Kontrollgruppe vergleichbar.

Zusammenfassung:

Das Interesse an psychologischer Betreuung bei unseren Reha-Patienten mit Diabetes ist hoch, vier von fünf Patienten nehmen ein solches Angebot zumindest teilweise wahr. Es ist uns zuvor in unserem gesamten Patientengut nicht gelungen, einen Vorteil der Intervention im Vergleich zum „Standard-Reha-Programm“ nach einem Jahr nachzuweisen. Anders fällt das Fazit aber aus bei psychisch besonders belasteten Patienten. Bei diesen Rehabilitanden zeigt die Intervention einen Zusatznutzen nach einem Jahr: Sowohl die Diabeseinstellung (gemessen am HbA1c) als auch das psychische Wohlbefinden haben sich 12 Monate nach Intervention deutlich gebessert.

Umsetzungsempfehlung:

Diese Ergebnisse sollen in einer Folge-Studie mit strengeren Rekrutierungs-Kriterien bestätigt werden. Der Effekt einer solchen zusätzlichen Betreuung soll dadurch erhöht werden und den Mehraufwand rechtfertigen. Es stünde dann für die seelisch besonders belasteten Patienten mit Diabetes ein spezifisches Instrument zur Rehabilitation zur Verfügung.

Titel des Projektes:

Machbarkeit der Durchführung einer prospektiven, kontrollierten, randomisierten Studie zur strukturierten ernährungsmedizinischen Nachbetreuung mangelernährter gastroenterologischer Patienten

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Harald Fischer

Projektmitarbeiter: Anne Lücking, Eva Hölscher

Abteilung: Bad Driburg

Laufzeit:

1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2011

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Bei Aufnahme im Krankenhaus sind in Deutschland 20 % bis 60 % der Patienten untergewichtig, besonders betrifft dies die Bereiche Geriatrie, Onkologie und auch Gastroenterologie. Die konsekutive eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit limitiert die Wiederaufnahme der täglichen Aktivitäten und der Berufstätigkeit. Grundsätzlich ist der Nutzen intensiver Vorbeugung und Behandlung von Mangelernährung durch ernährungsmedizinische Maßnahmen gut belegt.

Eigene Daten an über 2.000 mangelernährten Patienten seit 1999 zeigen, dass viele Patienten ihren Ernährungszustand während des Rehaverfahrens durch die gezielte frühzeitige Einleitung von konkreten ernährungsmedizinischen Maßnahmen deutlich verbessern. Über die langfristigen Erfolge einer ernährungsmedizinischen Intervention im Reha-Bereich liegen bislang keine Daten vor. Es fehlen Daten, ob der weitere Verlauf des Ernährungszustandes und der körperlichen Leistungsfähigkeit durch ein ernährungsmedizinisches Reha-„Nachsorge-Programm“ verbessert werden kann.

Ziel dieser Pilotstudie ist die Implementierung einer ernährungsmedizinischen Nachbetreuung von mangelernährten gastroenterologischen Reha-Patienten und die Abschätzung der Machbarkeit einer prospektiven, kontrollierten, randomisierten Studie zur Evaluierung dieses neuen Konzeptes.

Methodisches Vorgehen:

Vorbereitet werden sollte eine prospektive, kontrollierte Studie an mangelernährten Patienten. Nach Literaturrecherche und Entwicklung entsprechender Erhebungsinstrumente sowie Implementierung in den Klinikalltag wurde das Vorgehen an Rehabilitanden mit verschiedenen Grunderkran-

kungen erprobt (chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Tumorerkrankungen sowie gutartige Erkrankungen von Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse, Darm und Leber). Patienten in der Kontrollgruppe erfuhren eine intensive engmaschige Ernährungsberatung inklusive Kalorienbilanz, Bioimpedanzanalyse, Handkraftmessung und rascher Eskalation der Ernährungstherapie. Patienten der Interventionsgruppe erhielten zusätzlich eine anschließende telefonische ernährungsmedizinische Nachsorge über drei Monate.

Die Datenerhebung erfolgte zu Beginn und am Ende des Klinikaufenthalts sowie nach weiteren drei Monaten. Gemessen wurde der Phasenwinkel in der Bioimpedanzanalyse und zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit die Handkraft, gemessen mittels Dynamometer.

Ergebnisse:

Die Pilotstudie hat gezeigt, dass das Konzept der Studie im Rahmen des Klinikalltags durchführbar ist. Geeignete Fragebögen und Messinstrumente wurden entwickelt. 199 Patienten wurden rekrutiert. Eingeschlossen werden konnten 99, abgeschlossen davon wurden 63 Patienten, darunter 36 in der Interventions- und 27 in der Kontrollgruppe. Zwischen Beendigung der RehaMaßnahme und Nachuntersuchung nach drei Monaten stieg in der Interventionsgruppe der Phasenwinkel als Maß für den Ernährungszustand um $0,18^\circ$ ($p < 0,05$) und die Handkraft um 1,2 kg ($p < 0,05$) an, während in der Kontrollgruppe kein signifikanter Unterschied zu verzeichnen war. Unter Zugrundelegung der Ergebnisse und Erfahrungen im Rahmen der Pilotstudie konnte eine prospektive, streng randomisierte Studie an einer umschriebenen Patientengruppe entwickelt werden.

Zusammenfassung:

Im Rahmen der Pilotstudie wurde das Konzept einer Studie zur ernährungsmedizinischen Reha-Nachsorge an mangelernährten Patienten etabliert und erprobt. Die Ergebnisse der Pilotstudie deuten darauf hin, dass eine ernährungsmedizinische Reha-Nachsorge den Ernährungszustand und die Leistungsfähigkeit der Patienten verbessern könnte.

Umsetzungsempfehlung:

Die methodischen Vorarbeiten dieses Projekts ermöglichen die Durchführung einer prospektiven, kontrollierten und randomisierten Studie an mangelernährten gastroenterologischen Patienten, um den Erfolg einer ernährungsmedizinischen Reha-Nachsorge zu evaluieren (Projekt 312).

Titel des Projektes:

Ernährungsmedizinische Reha-Nachbetreuung mangelernährter Patienten bei ausgewählten Tumorerkrankungen (Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Pankreaskarzinom) und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Harald Fischer

Projektmitarbeiterin: Anne Lücking

Abteilung: Bad Driburg

Laufzeit:

1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2013

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Bei Aufnahme im Krankenhaus sind in Deutschland 20 % bis 60 % der Patienten untergewichtig, besonders betrifft dies die Bereiche Geriatrie, Onkologie und auch Gastroenterologie. Die konsekutive eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit limitiert die Wiederaufnahme der täglichen Aktivitäten und der Berufstätigkeit. Grundsätzlich ist der Nutzen intensiver Vorbeugung und Behandlung von Mangelernährung durch ernährungsmedizinische Maßnahmen gut belegt.

Eigene Daten an über 2.000 mangelernährten Patienten seit 1999 zeigen, dass viele Patienten ihren Ernährungszustand während des Rehaverfahrens durch die gezielte frühzeitige Einleitung von konkreten ernährungsmedizinischen Maßnahmen deutlich verbessern. Über die langfristigen Erfolge einer ernährungsmedizinischen Intervention im Reha-Bereich liegen bislang keine Daten vor. Es fehlen Daten, ob der weitere Verlauf des Ernährungszustandes und der körperlichen Leistungsfähigkeit durch ein ernährungsmedizinisches Reha-„Nachsorge-Programm“ verbessert werden kann.

Aufbauend auf den Ergebnissen der Machbarkeitsstudie (Projekt 302), soll geprüft werden, ob eine intensive ernährungsmedizinische Nachbetreuung nach der Rehabilitation über sechs Monate den Ernährungsstatus, gemessen am Phasenwinkel der Bioimpedanzanalyse, und die Leistungsfähigkeit, gemessen an der Handkraft mittels Dynamometer, verbessert und sich darüber hinaus positiv auf die berufliche Integration sowie weitere sozialmedizinische Parameter auswirkt.

Methodisches Vorgehen:

Design: prospektiv, kontrolliert, randomisiert. Die Studie wurde durch die Ethik-Kommission (WWU Münster) gebilligt. Patientenkollektiv: Patienten

mit Tumoren des oberen Verdauungstraktes (Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse) und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa). Patienten in der Kontroll- und Interventionsgruppe erfahren eine intensive engmaschige Ernährungsberatung inklusive Kalorienbilanz, Bioimpedanzanalyse, Handkraftanalyse und rascher Eskalation der Ernährungstherapie. Patienten der Interventionsgruppe erhalten zusätzlich eine anschließende telefonische ernährungsmedizinische Nachsorge über sechs Monate unter Einbeziehung des Hausarztes. Die Datenerhebung erfolgt zu Beginn und am Ende des Klinikaufenthalts, nach weiteren drei Monaten schriftlich und nach sechs Monaten bei einem ambulanten Klinikbesuch. Erfasst werden der Ernährungszustand (Bioimpedanzanalyse), Handkraft, seelisches Befinden, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Krankenhausaufenthalte. Hauptparameter ist die Verbesserung des Ernährungszustandes, gemessen am Phasenwinkel in der Bioimpedanzanalyse. Zum sicheren Nachweis des erwarteten Effektes durch die Intervention müssen in Kontroll- und Interventionsgruppe Daten von je 110 Patienten ausgewertet werden.

Ergebnisse:

Im Januar 2012 wurde mit der Rekrutierung der Patienten begonnen. Seitdem erfolgt eine kontinuierliche Rekrutierung, Randomisierung und Reha-Nachbetreuung der Interventionsgruppe. Bislang konnten 143 Patienten rekrutiert werden, was im Wesentlichen den Erwartungen entspricht.

Zusammenfassung:

Ziel der Studie ist es zu untersuchen, ob eine ernährungsmedizinische Nachsorge den Ernährungszustand, den sozialmedizinischen Verlauf und die Lebensqualität der Patienten mit ausgewählten gastroenterologischen Erkrankungen und Mangelernährung verbessert.

Umsetzungsempfehlung:

Sollte sich ein Nutzen der ernährungsmedizinischen Nachsorge nachweisen lassen, stünde der Rehabilitation ein Instrument zur Verfestigung des Reha-Erfolges bei diesen schwer kranken Patienten zur Verfügung.

Titel des Projektes:

Machbarkeit einer Studie zur Implementierung und Evaluation eines psycho-diabetologischen Rehabilitationskonzeptes für Patienten mit Diabetes mellitus (MIDIP)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Harald Fischer

Projektmitarbeiter: Rosemarie Hillebrand, Dr. Bénédicte Jolivet,
Maria Pauli, Dr. Hans-Joachim Schwandt

Abteilung: Bad Driburg

Laufzeit:

1. Januar 2012 bis 30. Juni 2014

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Bei Patienten mit Diabetes mellitus kommt es mehr als bei anderen chronischen Erkrankungen zu einer deutlich erhöhten psychischen Belastung. Die Kombination aus psychischer Belastung und Stoffwechselerkrankung scheint das Risiko einer Frühberentung deutlich zu erhöhen. Sinnvoll erscheint deshalb für psychisch belastete Diabetes-Patienten, die zur Rehabilitation kommen, ein psycho-diabetologisches Rehabilitationskonzept, das beide Problembereiche gleichermaßen berücksichtigt. Eigene Vorarbeiten (Projekt 65) zeigen, dass eine intensivere psychologische Betreuung dieser Patienten langfristig zu einer verbesserten Stoffwechseleinstellung führt. Ziele der Pilotstudie waren deshalb, die psychologische Intervention weiter zu entwickeln, die Selektion geeigneter Patienten bereits im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahme zu gewährleisten, das Behandlungskonzept in den Klinikalltag zu integrieren und die Machbarkeit einer randomisierten, kontrollierten Studie zur Evaluation dieses Konzeptes zu prüfen.

Methodisches Vorgehen:

Als Basis diente das psycho-diabetische Rehabilitationskonzept der Marbachtalklinik Bad Kissingen von Schwandt und Theißen. Vorgesehen waren eine Literaturrecherche bezüglich angewandter Selektionskriterien der Patienten, der anzuwendenden psychologisch psychotherapeutischen Verfahren, die Überarbeitung des Studienkonzeptes auf Basis der Ergebnisse von Projekt 65, ein Prae-Test der ausgewählten Erhebungsinstrumente mittels Befragung von 112 Patienten sowie zwei Probeläufe des weiterentwickelten Konzeptes anhand von zwei Gruppen mit zusammen 21 Patienten.

Ergebnisse:

Das weiterentwickelte psycho-diabetologische Angebot ließ sich in den Klinikalltag gut integrieren. Literaturrecherche und Pree-Test der psychologischen Evaluationsinstrumente führten zur Auswahl von HADS-D-Angstskala, ADS-K und PAID als Testinstrumente. Sie zeigten sich bezüglich Handhabung, Akzeptanz und Sensivität am besten geeignet. Entsprechende Cut-ff-Werte wurden festgelegt. Aufgrund der Ergebnisse aus Projekt 65 konnte eine prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie geplant und eine Poweranalyse mit Abschätzung der notwendigen Fallzahl und Studiendauer (siehe Projekt 311) durchgeführt werden.

Zusammenfassung:

Das in Projekt 65 entwickelte und evaluierte Studienkonzept zur intensiveren psychologischen Betreuung von psychisch belasteten Patienten mit Diabetes mellitus konnte fortentwickelt werden. Ein geeignetes Verfahren zur Selektion geeigneter Patienten bereits im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahme konnte entwickelt und in den Klinikalltag integriert werden. Auf Basis der Effekte aus Projekt 65 konnten eine Fallzahlabeschätzung und Poweranalyse erfolgen, um eine prospektive, randomisierte Studie zur Evaluation des weiterentwickelten, psycho-diabetischen Behandlungskonzeptes zu implementieren. Die Zustimmung der Ethik-Kommission liegt vor.

Umsetzungsempfehlung:

Sollte das weiter entwickelte psycho-diabetologische Rehabilitationskonzept zu einer nachhaltigen Besserung bei Patienten mit Diabetes mellitus und einer besseren Stoffwechseleinstellung und Verbesserung der sozialmedizinischen Prognose führen, stünde der Rehabilitationsmedizin ein evaluiertes Instrument zur Optimierung der Behandlung dieser Patientengruppe zur Verfügung.

Titel des Projektes:

Randomisierte-kontrollierte Evaluationsstudie eines neu konzipierten psycho-diabetologischen Rehabilitationskonzeptes für Patienten mit Diabetes mellitus und psychischen Belastungen im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (EDIP)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Harald Fischer

Projektmitarbeiter: Rosemarie Hillebrand, Dr. Bénédicte Jolivet,
Maria Pauli, Dr. Hans-Joachim Schwandt

Abteilung: Bad Driburg

Laufzeit:

1. Januar 2012 bis 30. Juni 2014

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Mehr als bei anderen chronischen Erkrankungen sind Diabetiker durch psychische Probleme belastet, die Kombination aus beiden scheint sich negativ auf Fehlzeiten am Arbeitsplatz und Frühverrentung auszuwirken. Aufbauend auf den Ergebnissen der PDS-Studie (Projekt 65), die einen positiven Effekt einer intensiven psychologischen Betreuung auf psychische Belastung und Blutzuckereinstellung bei besonders psychisch belasteten Reha-Patienten mit Diabetes mellitus nachweisen konnte, wurde ein psycho-diabetologisches Reha-Konzept für diese Patienten entwickelt, in den Klinikalltag implementiert und in zwei Probeläufen getestet (Projekt 301). Ziel dieser Intervention ist eine Verbesserung der diabetesbezogenen Belastungen, nachfolgend eine verbesserte Diabeteseinstellung und nachfolgend eine Besserung sozialmedizinischer Parameter (Arbeitsunfähigkeitszeiten, EU-Rentenantragstellung).

Methodisches Vorgehen:

Design: Prospektiv, randomisiert. Das positive Votum der Ethikkommission (Westfalen-Lippe) liegt vor. Je 140 Patienten pro Gruppe. Zentraler Outcome-Parameter: Diabetesbezogene Belastungen, zusätzlich Qualität der Blutzuckereinstellung (HbA1c, Häufigkeit von Unterzuckerungen) und sozialmedizinische Parameter (Arbeitsunfähigkeitszeiten, Krankenhausaufenthalte wegen Diabetes). Zielgruppe: rehabilitationsbedürftige Diabetiker, bei denen neben der Diabetesbehandlung und -schulung psychische Belastungen, Compliance-/Coping- sowie allgemeine Motivationsprobleme im Focus der Teilhabeinschränkung stehen. Einschluss in die Studie, Erhebung der psychischen Belastung und Randomisierung in Kontroll- oder Interventionsgruppe erfolgen im Vorfeld der Reha. Einschlusskriterien:

Mindestens ein auffälliger psychologischer Score: HADS-Angst ≥ 11 , ADS-K ≥ 18 , PAID ≥ 33 . Messzeitpunkt: Screening (T0), Reha-Aufnahme (T1), Reha-Entlassung (T2) und sechs Monate nach Reha-Ende (T3). Betreuung während des Heilverfahrens: Das HV (Regeldauer in beiden Gruppen: vier Wochen) beinhaltet in beiden Gruppen neben dem evaluierten und standardisierten Diabetes-Schulungsprogramm die üblichen Bausteine (wie z. B. physikalische Maßnahmen, Informationsveranstaltungen zur Gesundheitsbildung, Sozialberatung). Ergänzend nimmt die Interventionsgruppe an einem Psychotherapieprogramm teil (12 Gruppensitzungen basierend sowohl auf edukativen Anteilen als auch auf therapeutisch geleiteten Gruppeninteraktionen, mindestens fünf Einzelsitzungen). Die Patienten der Kontrollgruppe erhalten die zurzeit durchgeführte psychologische Betreuung in der Klinik, d. h., bei Bedarf Entspannungsverfahren, Gesprächsgruppe Diabetes, Raucherentwöhnungstraining, ggf. psychologische Kurzexploration mit evtl. anschließenden Einzelgesprächen.

Ergebnisse:

Seit November 2011 wurden bis heute 194 Patienten angeschrieben. Von 151 Patienten erfolgte eine Rückmeldung: 57 Patienten lehnten die Teilnahme ab. Es konnten 72 Patienten randomisiert werden. Bis jetzt (7/2012) führten wir vier Kontrollgruppen mit insgesamt 26 Patienten und drei Interventionsgruppen mit 21 Patienten durch. Die Rückmeldungen der Patienten aus den ersten drei Interventionsgruppen auf das neue Konzept fallen sehr positiv aus.

Zusammenfassung:

Die laufende Studie überprüft in einem prospektiven randomisierten Design, ob das neu konzipierte psycho-diabetologische Rehabilitationskonzept während der stationären Rehabilitation bei Diabetikern mit hohen psychischen Belastungen zu einer Verbesserung der diabetesbezogenen Belastungen (PAID), nachfolgend einer verbesserten Diabeteseinstellung (HbA1c, Hypoglykämien) und anschließend auch einer Besserung sozialmedizinischer Parameter (Arbeitsunfähigkeitszeiten, EU-Rentenantragstellung) führt.

Umsetzungsempfehlung:

Sollte das psycho-diabetologische Rehabilitationskonzept zu einer nachhaltigen Besserung der psychischen Belastungen bei Patienten mit Diabetes mellitus führen, stünde der Rehabilitationsmedizin ein Instrument zur Optimierung der Behandlung dieser Patienten zur Verfügung. Der Erfolg der Studie würde weitere Anwendungsmöglichkeiten des Konzeptes auf andere nicht maligne chronische Erkrankungen mit hoher psychologischer Belastung eröffnen, z. B. Adipositas.



Abteilung Bad Rothenfelde

Klinik Münsterland

Auf der Stöwwe 11

49214 Bad Rothenfelde

Telefon 05424 220-0

info@klinik-muensterland.de

www.klinik-muensterland.de

Titel des Projektes:

Das Integrierte orthopädisch-psychosomatische Konzept der Klinik Münsterland – Entwicklung und Evaluation (IopKo)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Susanne Dibbelt

Projektmitarbeiterin: Claudia Niemeyer (damals Büschel)

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

1. Januar 2001 bis 30. Juni 2004

Kooperierende Einrichtung:

Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

In internationalen Studien scheint die Effektivität multimodaler Behandlungsprogramme bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen im Rahmen stationärer Behandlung gesichert. Jedoch fallen in den in Deutschland durchgeführten Studien Effekte zu den mittel- bis langfristigen Katamnesen nur mäßig aus. Faktoren, die für die mäßigen Effekte verantwortlich gemacht werden, sind fortgeschrittene Chronifizierung, psychische Belastungen und berufliche Problemlagen. Im Rahmen des IopKo-Projektes wurde eine Reihe von Maßnahmen zur nachhaltigen Förderung der Krankheitsbewältigung und der beruflichen Wiedereingliederung von Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates entwickelt und evaluiert. Diese Maßnahmen umfassen: (1) intensive multiprofessionelle Eingangsdagnostik und beschleunigte Zuweisung zu Psychologen und Sozialdienst bei beruflichen und psychischen Problemen; (2) die Bildung (hinsichtlich der Teilhabestörung) homogener Patientengruppen auf der Basis einer multiprofessionellen Diagnostik; (3) differenzielle Behandlungsangebote, darunter ein multimodales Therapieprogramm (Rückenfit) für Patienten mit einem hohen Chronifizierungsrisiko und psychischen Problemen; (4) interaktive Schulungsmodul zur Praxis der Leistungsbeurteilung, des Rentenrechtes und zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (Teilhabe am Arbeitsleben) und (5) arbeitsplatznahe rehabilitative Trainingsmodule.

Methodisches Vorgehen:

Alle Maßnahmen, die im Rahmen des Konzeptes eingeführt wurden, waren Gegenstand einer kontrollierten prospektiven Bewertungsstudie, in der die Outcomes der Standard-Reha mit denen der Maßnahmen des IopKo-Kon-

zeptes verglichen wurden. Teilnehmer der Studie waren 482 Patienten der Klinik Münsterland, von denen 307 der Studiengruppe und 176 der Kontrollgruppe zugeordnet wurden. Die Teilnehmer der Studiengruppe erhielten neben einem individuellen Behandlungsprogramm die oben genannten Maßnahmen, während diese zur Erhebung der Kontrollgruppe ausgesetzt wurden. Die Daten für die Kontroll- und Studiengruppe wurden alternierend in Zeitblöcken von drei Monaten erhoben.

Ergebnisse:

Einschränkungen der Funktion, Schmerzen und psychische Belastungen hatten sich zu Ende des stationären Aufenthaltes und auch zehn Monate danach in der Studiengruppe stärker reduziert als in der Vergleichsgruppe. Die Arbeitsunfähigkeitstage hatten sich zehn Monate nach Entlassung im Vergleich zu einem analogen Zeitraum vor der Reha um 75 % reduziert. In Bezug auf die genannten Parameter ergaben sich in der Studiengruppe moderate bis starke Effekte, die die der Kontrollgruppe übertrafen. Patienten einer Teilstichprobe mit fortgeschrittener Schmerzchronifizierung, die das Therapieprogramm „Rückenfit“ durchliefen, verbesserten sich ebenfalls stärker als Patienten mit vergleichbaren Einschränkungen, die ein Standard-Reha-Programm erhielten. Auch für diese Teilstichprobe fanden wir überlegene moderate bis starke Effekte im Hinblick auf den funktionalen und somatischen Status.

Zusammenfassung:

In dieser Studie konnte nachgewiesen werden, dass stationäre orthopädische Rehabilitation in einem interdisziplinären Setting und einer multimodalen Therapie mit einem Fokus auf Aktivierung und Motivierung nachhaltige positive Effekte sowohl in Bezug auf die von Patienten wahrgenommene körperliche und psychische Besserung als auch auf ökonomische Parameter wie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit oder die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben kann.

Umsetzungsempfehlung:

Die Ergebnisse dokumentieren die Bedeutung der multimodalen Therapie, der interdisziplinären Zusammenarbeit im Reha-Team, des differenzierten Umgangs mit Patienten mit chronischen Rückenschmerzen sowie die Mitbehandlung von beruflichen und psychosozialen Problemen. Das IopKo/Rückenfit-Konzept hat sich damit als Modell für den Gold-Standard der Rehabilitation bei unspezifischen Rückenschmerzen bewährt und konnte inzwischen auch erfolgreich in anderen Einrichtungen implementiert werden (siehe Projekt „RUM/RUEVARELA“). Darüber hinaus liegt inzwischen ein Manual für Therapeuten zum Rückenfit-Programm vor (siehe Projekt „RÜMAN“). Das Manual kann in der Klinik Münsterland erworben werden.

Titel des Projektes:

Stellenwert der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL) in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dipl.-Psych. Claudia Niemeyer (damals Büschel)

Projektmitarbeiterin: Monika Schaidhammer, M.A.

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

Juli 2004 bis Juni 2006

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Zurzeit gelten FCE-Systeme wie EFL oder ERGOS als Goldstandard in der Beurteilung der funktionellen und damit auch beruflichen Leistungsfähigkeit von Menschen. Sie werden als objektiv, reliabel und valide angesehen und oft als Grundlage für sozialmedizinische Einschätzungen genutzt. Allerdings ist weder ihre Testgüte ausreichend belegt, noch ihr Nutzen für die Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit geklärt. Im EFL-Projekt wurde überprüft, ob und an welchen Stellen die EFL den Ärzten über ihre klinische Einschätzung hinausgehende Informationen liefert. Ursachen für Differenzen der Urteile wurden diskutiert. Weiterhin wurde untersucht, ob der Test die Selbsteinschätzung der Patienten verändert, und ob die starke Belastung zu einer Zunahme von Beschwerden führt.

Methodisches Vorgehen:

Für die Hauptfragestellung wurden die Ergebnisse der EFL-Berichte von 70 Probanden mit den Einschätzungen der gegenüber den Testergebnissen verblindeten Ärzte verglichen und die Unterschiedlichkeit beider Urteile als Outcome-Variable genutzt. Die in die Auswertung für die anderen beiden Fragen eingeschlossenen 73 Patienten schätzten im PACT-Test vor und nach der EFL ihre Fähigkeiten ein und nahmen in einem selbst erstellten Fragebogen ebenfalls vor und nach der EFL unter anderem Stellung zu ihren beruflichen Perspektiven. Über eine numerische Analogskala wurde das Ausmaß ihrer Schmerzen jeweils am Beginn und am Ende der beiden Testtage erhoben.

Ergebnisse:

Die Ärzte schätzten die allgemeine Leistungsfähigkeit im Schnitt um 0,21 Kategorien höher ein als es die EFL-Ergebnisse nahelegten. Bei den Einzelfähigkeiten blieben die Arzturnteile jedoch bis zu 1,54 Kategorien unter

den EFL-Ergebnissen. In mehreren Subtests gab es sogar Patienten, bei denen die EFL keine Einschränkung ergab, während der Arzt dem Patienten diese Art der Belastung vollständig verbot. Die Korrelationen zwischen beiden Einschätzungen variierten zwischen .04 und .57 und erreichten nur zum Teil statistische Signifikanz. Analysen erklärten die überraschenden Unterschiede damit, dass die EFL im Gegensatz zu den Ärzten (1) keine weiteren Belastungen berücksichtigt, (2) keine Entwicklungen und Prognosen beinhaltet, sondern eine reine Momentaufnahme ist, und (3) keine weiteren patientenbezogenen Variablen wie Arbeitsunfähigkeitsdauer, Einstellung zur Arbeit oder Schmerzen einbezieht. Fragwürdig ist auch die Extrapolation der Testergebnisse auf die Dauerbelastung einer Vollzeitätigkeit. In den Patientenbögen zeigte sich, dass die Probanden ihre Leistungsfähigkeit nach der EFL eher dem Testergebnis entsprechend bewerteten, die ihre beruflichen Perspektiven jedoch nicht veränderten. Vor allem im Laufe des ersten Testtages nahmen Schmerzen signifikant zu. Ein erhöhtes Risiko haben Patienten mit geringer Arbeitszufriedenheit und appellativem Schmerzverhalten.

Zusammenfassung:

EFL-Ergebnisse und ärztliche Einschätzungen der funktionellen Leistungsfähigkeit eines Patienten unterscheiden sich erheblich. Die EFL kann wertvolle Zusatzinformationen liefern, hat aber erhebliche verfahrensspezifische Grenzen. Sie führt bei vielen Patienten zu einer erwünschten Korrektur ihrer Selbsteinschätzung. Aufgrund der Relevanz weiterer Rahmenbedingungen schlägt sich diese jedoch kaum in den konkreten beruflichen Perspektiven nieder. Patienten berichten eine im Schnitt erhebliche Schmerzzunahme während der EFL, die eine auch eine appellative Funktion zu haben scheint.

Umsetzungsempfehlung:

Die im Projektbericht dargestellten Möglichkeiten und Grenzen der EFL führen zu folgenden Praxistipps für EFL-Ärzte und -Therapeuten:

- (1) Eine EFL kann Ärzten und Patienten wertvolle Informationen liefern.
- (2) Ärzte, Patienten und weitere Nutzer der Ergebnisse sollten sich der begrenzten Aussagekraft bewusst sein. Interpretieren Sie die Ergebnisse verantwortungsvoll und stimmen Sie sie auf die individuelle Realität des Patienten ab – eine EFL ersetzt keine ärztliche Einschätzung!
- (3) Vor allem Patienten mit geringer Arbeitszufriedenheit, appellativem Schmerzverhalten und resignativen Tendenzen haben ein hohes Risiko, eine erhebliche Schmerzzunahme zu erleben. Nehmen Sie diese ernst und fangen Sie sie professionell auf!

Titel des Projektes:

P.A.INT – Qualitätssicherung der Patient-Arzt-Interaktion in der stationären medizinischen Rehabilitation: Problem- und Potentialanalyse und die Entwicklung eines berufsbegleitenden Trainings kommunikativer Fertigkeiten für Ärzte

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Susanne Dibbelt

Projektmitarbeiter: Monika Schaidhammer-Placke, Christian Fleischer

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

1. Juli 2004 bis 30. Juni 2007

Kooperierende Einrichtungen:

Klinik Münsterland der DRV Westfalen, Bad Rothenfelde; Klinik Königsfeld der DRV Westfalen, Ennepetal; Salzetalklinik der DRV Westfalen, Bad Salzungen; Klinik Bad Oexen, Bad Oeynhausen; Reha-Zentrum Bad Eilsen der DRV Braunschweig-Hannover; Klinik Niederrhein der DRV Rheinland, Bad Neuenahr-Ahrweiler; Klinik Roderbirken der DRV Rheinland, Leichlingen; Nordseeklinik Borkum der DRV Rheinland, Borkum; Klinik Aggertal der DRV Rheinland, Engelskirchen; Universität Osnabrück, Fachbereich Psychologie; Prof. Dorothee Heckhausen, EFH Berlin; Prof. Dr. Fritz A. Muthny, Universitätsklinikum Münster

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient hat eine Schlüsselfunktion in der medizinischen Versorgung. Nachweislich nimmt sie Einfluss auf zahlreiche Parameter des Behandlungserfolges wie z. B. Patientenzufriedenheit, Rückkehr zur Arbeit, Therapietreue und Beteiligung (Adhärenz), Schmerzen und Funktionsstatus. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die von Patienten mittels eines Fragebogens bewertete Qualität der Interaktion mit dem Arzt zu erfassen und die Hypothese zu überprüfen, dass es auch in der Rehabilitation eine positive Beziehung zwischen der (von Patienten wahrgenommenen) Interaktionsqualität in den Arzt-Patienten-Kontakten und langfristigen Behandlungsergebnissen gibt. Darüber hinaus sollte überprüft werden, ob ein zweitägiges Interaktionstraining der Ärzte geeignet ist, die Interaktionsqualität zu verbessern.

Methodisches Vorgehen:

Das Trainingskonzept. Auf der Basis des klientenzentrierten Ansatzes (Schulz von Thun, 1998) wurde ein Trainingsprogramm entwickelt, in dem

Ärzte in den Grundlagen der klientenzentrierten Kommunikation sowie in der Gestaltung schwieriger Gespräche (z. B. die Vermittlung der sozialmedizinischen Beurteilung, aktivierender Therapien und ungünstiger Diagnosen) trainiert wurden. *Evaluation der Trainings.* Zur Erfassung der Interaktionsqualität der Arzt-Patientenkontakte wurde der Fragebogen P.A.INT-FKB (Fragebogen zur Kontaktbewertung; Dibbelt et al., 2009) entwickelt, mit dem (1) die affektiven, (2) die instrumentellen und (3) die partizipativen (die Patienten einbeziehenden) Aspekte des ärztlichen Kommunikationsverhaltens durch die Patienten und Ärzte bewertet wurden. Die Skalenwerte dieses Instrumentes können zu Summenwerten der im Gespräch wahrgenommenen „Kontaktförderer“ und „Kontaktstörer“ zusammengefasst werden. *Teilnehmer und Design.* Fünf Rehabilitationskliniken nahmen an der Studie teil. Drei davon wurden der Studiengruppe zugeordnet. Zwei weitere Kliniken dienten als Kontrollgruppe.

Ergebnisse:

- (1) *Einfluss der Interaktionsqualität auf Behandlungsergebnisse.* Anhand des Medians des Indexes „Interaktionsförderer“ wurde die Patientens Stichprobe in zwei Gruppen geteilt. Ein Vergleich der beiden Gruppen zeigte Folgendes: (1) Patienten, die das Gespräch mit dem Arzt bei Aufnahme positiver (= über Median) bewerteten, zeigten sechs Monate nach Entlassung eine deutlich überlegene Reduktion von Schmerz, Angst und Depression sowie der Krankheitstage gegenüber den Patienten, die die Aufnahmegespräche weniger positiv (= unter Median) bewerteten.
- (2) *Effekte des Interaktionstrainings.* Durch das Training konnte die Interaktionsqualität zwischen Arzt und Rehabilitanden positiv verändert werden: In den Studienkliniken nahmen die Interaktionsförderer zum zweiten Messzeitpunkt zu, während die Störfaktoren abnahmen. In den Kontrollkliniken wurden dagegen keine Änderungen beobachtet.

Zusammenfassung:

Die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion in den untersuchten Rehabilitationskliniken steht in positivem Zusammenhang mit Behandlungsergebnissen. Je besser die Qualität, desto stärker fallen die Verbesserungen auch mittelfristig aus. Durch ein zweitägiges Kommunikationstraining konnte die durch die Patienten bewertete Qualität der Arzt-Patient-Interaktion verbessert werden.

Umsetzungsempfehlung:

Die Bedeutung der Qualität der Interaktion zwischen Arzt und Rehabilitand für die Behandlungsergebnisse wurde durch die Studie eindrücklich dokumentiert. Eine Verstetigung und Systematisierung von Interaktionstrainings für Ärzte in der Rehabilitation erscheint deshalb als wichtige Maßnahme zur Sicherstellung einer effektiven und patientenorientierten Rehabilitation.

Titel des Projektes:

Evaluation der orthopädischen Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (EVORNA)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dipl.-Psych. Claudia Niemeyer

Projektmitarbeiterin: Monika Schaidhammer, M.A.

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

Juli 2006 bis April 2010

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Seit 1998 können Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Westfalen nach einer stationären oder ambulanten medizinischen Rehabilitation an indikationsspezifischen Nachsorgeprogrammen teilnehmen. Orthopädischen Patienten stehen die „Ambulanten Folgeleistungen muskuloskelettal“ (AFM) offen, in deren Rahmen die Deutsche Rentenversicherung Westfalen die Kosten für bis zu 12 (zur Zeit der Studie bis zu 24) Einheiten Krankengymnastik oder bis zu 12 Einheiten gerätegestützte Krankengymnastik übernimmt. Bisherige Studien belegten eine hohe Akzeptanz bei Reha-Ärzten und Versicherten. Mit EVORNA sollte der Beitrag der AFM zur Sicherung oder Verstetigung des Reha-Erfolgs überprüft werden.

Methodisches Vorgehen:

EVORNA wurde als prospektive randomisierte Kontrollgruppenstudie mit Patienten aus elf stationären und ambulanten Reha-Einrichtungen durchgeführt. Von 2.500 angesprochenen Probanden nahmen zunächst 1.368 an der Studie teil, für die Auswertungen können die Daten von 644 Probanden genutzt werden. In der bisher vorliegenden As-treated-Analyse wurden anhand der Daten der 292 Probanden, für die der Deutschen Rentenversicherung Abrechnungen über AFM vorliegen, zunächst Akzeptanz und Bewertung der Maßnahme überprüft. Anschließend wurde untersucht, ob sich diese Probanden sechs, 12 und 18 Monate nach Reha-Ende vor allem im Hinblick auf sozialmedizinische Parameter und Befinden besser entwickelt haben als die 353 Probanden, die nach der Reha keine AFM bekommen hatten. Dabei wurden Angaben aus Probandenfragebögen ebenso verwendet wie Daten aus den Entlassungsberichten, den Nachsorgeverordnungen und den Rentenversicherungskonten.

Problematisch ist, dass die Probanden über niedergelassene Ärzte Zugang zu AFM-ähnlichen Leistungen bekommen können, diese aber nicht immer zuverlässig von den AFM unterscheiden. Deshalb haben wir zusätzlich eine

analoge Auswertung mit nur den Probanden durchgeführt, die angegeben haben, in den ersten sechs Monaten außerhalb der Nachsorge keine ähnlichen Leistungen erhalten zu haben („ohne weitere Therapien; owT-Analyse“). Die Intention-to-treat-Analyse, in der die Probanden unabhängig von der tatsächlich durchgeführten Behandlung der Randomisierung entsprechend den Gruppen zugeordnet werden, steht zurzeit noch aus.

Ergebnisse:

Die AFM-Teilnehmer beurteilten die Maßnahme als sehr gut und lobten vor allem die individuelle Betreuung. Aufgrund der Wohnortnähe und der kurzen, flexibel planbaren Termine schienen die AFM gut mit dem Alltag vereinbar zu sein – über 80 % der Verordnungen wurden in Anspruch genommen, die Abbrecher-Quote lag unter 10 %. Die Gruppenvergleiche zeigten kaum Einflüsse der AFM auf die subjektive Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. AFM-Teilnehmer, vor allem AHB-Patienten, stellten jedoch knapp 2/3 weniger Anträge auf Erwerbsminderungsrente. Positive Effekte auf das Befinden ließen sich über Veränderungen im IRES nicht nachweisen. Direkt nach Veränderungen gefragt, berichteten die AFM-Teilnehmer jedoch in allen Variablen, auf die die AFM abzielen (Beweglichkeit, Kraft, Ausdauer, Vertrauen in den eigenen Körper, Bewegung, Arbeitsfähigkeit), mindestens zu einem Messzeitpunkt signifikant positivere Entwicklungen als die Probanden ohne AFM.

In der owT-Analyse zeigten sich vergleichbare Effekte, aufgrund der erheblich kleineren Gruppen jedoch weniger Signifikanzen.

Zusammenfassung:

Passend zu früheren Untersuchungen äußerten sich unsere AFM-Teilnehmer sehr positiv über die Maßnahme und schrieben ihr eine hohe Bedeutsamkeit zu. Die Gruppenvergleiche zeigten gemischte Ergebnisse in Abhängigkeit von den betrachteten Outcome-Variablen, den verwendeten Instrumenten und der Fokussierung auf statistische Signifikanz oder inhaltliche Bedeutsamkeit.

Umsetzungsempfehlung:

Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen hat eine nach unserem Wissen einzigartige Nachsorgestelle eingerichtet. Die dort momentan beschäftigten vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bearbeiten nicht nur täglich alles, was mit aktuellen Nachsorgeverordnungen zusammenhängt, sondern entwickeln auch ständig das Angebot weiter. Dieser Stelle wurden die Ergebnisse zur Verfügung gestellt, so dass sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gezielt Anpassungen der AFM erarbeiten können. Denkbar wäre beispielsweise eine Stärkung der beruflich ausgerichteten Anteile, um die Wirkung der AFM auf sozialmedizinische Variablen zu verbessern.

Titel des Projektes:

Rückenfit-Umsetzung – Evaluation und Replikation der Langzeitbefunde (RUEVARELA)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Stephanie Fröhlich

Projektmitarbeiter: Ralph Niemeyer

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

1. Oktober 2007 bis 30. September 2008

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Mit dem Integrierten orthopädisch-psychosomatischen Konzept (IopKo) der Klinik Münsterland liegt ein erwiesenermaßen nachhaltiger Ansatz zur Behandlung chronischer Rückenschmerzpatienten vor (Dibbelt et al., 2006; Greitemann et al., 2006). Im VDR-Projekt „RUM“ wurde das IopKo mit dem multimodalen Behandlungskonzept „Rückenfit“ für chronische Schmerzpatienten mit psychischer und/oder beruflicher Begleitproblematik in vier weitere Rehabilitationskliniken implementiert und mittels 3-Monats-Katamnesen erfolgreich evaluiert (Fröhlich et al., 2008).

Das RUEVARELA-Projekt sollte die Langzeit-Wirksamkeit stationärer Rehabilitationsprogramme zur Behandlung chronischer Schmerzen erneut belegen. Es sollte außerdem gezeigt werden, dass der von Dibbelt, Büschel und Greitemann (2006) belegte Erfolg des Rückenfit-Programmes aus dem IopKo-Konzept in der Klinik Münsterland und in Kliniken mit anderen Settings repliziert werden kann. Untersucht wurden deshalb in diesem RUM-Nachfolge-Projekt die Therapieeffekte des Rückenfit-Programms in der Klinik Münsterland und in den Kooperationskliniken zehn Monate nach Reha-Ende, z. T. im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, welche das bisherige Standardprogramm der jeweiligen Klinik bekam.

Die Kooperationskliniken waren neben der Klinik Münsterland in Bad Rothenfelde unter der Leitung von Prof. Dr. B. Greitemann: das Rehasentrum Bad Eilsen (Dr. H.-H. Daalman); Klinik „Am Hellweg“, Bad Sassendorf (Dr. P. Paes); Salzetalklinik, Bad Salzuflen (Dr. Philipp); Maternusklinik, Bad Oeynhausen (Dr. Gnad).

Methodisches Vorgehen:

Die Evaluation ist eine längsschnittliche, quasi-experimentelle Vergleichsstudie, in der die Rehabilitations-Effekte der Interventionsgruppe mit denen einer Kontrollgruppe verglichen wurden, die das Standard-Reha-Programm der jeweiligen Klinik erhielt. Zehn Monate nach Rehabilitati-

onsende füllten die Studienteilnehmer der teilnehmenden fünf Kliniken ein Fragebogenheft aus. Die Vergleichsdaten aus den vorherigen drei Messzeitpunkten stammten aus dem vorangegangenen VDR-Projekt „RUM“. Die Auswertung der Evaluation erfolgte für jede Klinik getrennt, bei bestehenden Ausgangsunterschieden auch geschlechtsspezifisch.

Ergebnisse:

437 Patienten aus allen Kliniken haben das Programm erhalten, 375 weitere gehören zur Kontrollgruppe. Die Ergebnisse zeigen, dass zehn Monate nach Reha-Ende der Reha-Status bei fast allen Rehabilitanden höher ist als zu Reha-Beginn. Die Studiengruppe weist dabei eine stärkere Verbesserung auf als die Kontrollgruppe. Die Überlegenheit der Studiengruppe zeigt sich vor allem in den Bereichen Gesundheitsverhalten, Schmerzwahrnehmung und Arbeitsunfähigkeitszeiten anhand von Effektstärken.

Zusammenfassung:

Im RUEVARELA-Projekt ist es gelungen, langfristige Effekte des lopKo zu replizieren. Selbst Kliniken, die das Konzept ganz neu eingeführt hatten, zeigten deutliche Verbesserungseffekte noch zehn Monate nach Reha-Ende. Diese Effekte basieren vermutlich auf homogeneren Behandlungsgruppen und der Mitbehandlung psychischer Belastungen und beruflicher Probleme.

Umsetzungsempfehlung:

- (1) Patienten frühzeitig auf psychische und berufliche Probleme screenen.
- (2) Erfolgreich evaluierte Maßnahmen vermehrt in andere Kliniken implementieren.

Titel des Projektes:

Optimierung pflegerischer Patientenkontakte in der medizinischen Rehabilitation im Kontext neuer Versorgungssysteme: Aufgaben, Rollen und Arbeitssituation der Pflege in der Reha – Problem- und Potentialanalyse. Leitfadengestützte Interviews mit Pflegenden und Patienten (OPTIPPAR I)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Susanne Dibbelt

Projektmitarbeiter: Edith Wulfert, Nora Trimpe, Julia Rahe

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

1. Oktober 2008 bis 31. Dezember 2010

Kooperierende Einrichtungen:

Hochschule Osnabrück, Prof. Dr. Elke Hotze; Salzetalklinik, Bad Salzuflen; Klinik Königsfeld, Ennepetal; Klinik Teutoburger Wald, Bad Rothenfelde; Klinik Rosenberg, Bad Driburg; Klinik Niedersachsen, Bad Nenndorf

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Der Pflege wird in Zeiten knapper werdender Ressourcen eine Schlüssel-funktion in der medizinischen Rehabilitation zugewiesen. Kommunikative Aufgaben wie Information, Schulung oder Beratung nehmen dabei eine zentrale Stelle ein (Caris-Verhallen et al., 1997; Hotze, 1997). Ziel dieses Projektes war es, die kommunikativen Aufgaben, die Problemfelder in der Interaktion mit Patienten sowie die Randbedingungen der pflegerischen Tätigkeit in der Rehabilitation aus Sicht der Pflegenden und Patienten mittels leitfadengestützter Interviews zu untersuchen und den Bedarf für ein Kommunikationstraining zu ermitteln. Außerdem sollte die Studie die Frage klären, ob neue Versorgungssysteme zu Veränderungen der Tätigkeit von Pflegenden in der Rehabilitation geführt haben.

Methodisches Vorgehen:

In insgesamt sechs Rehabilitationskliniken mit unterschiedlichen Indikationen wurden 17 Patienten (13 Männer und vier Frauen) sowie 17 Pflegenden (16 Frauen und ein Mann) interviewt. Die Leitfadeninterviews wurden akustisch aufgezeichnet, transkribiert und dann inhaltsanalytisch nach einer Methode von Mühlfeld (1981, zitiert nach Mayer, 2009) ausgewertet.

Ergebnisse:

Als wesentliche *kommunikative Aufgaben* nannten die Pflegenden: (1) Information geben und einholen, z. B. im pflegerischen Aufnahmegespräch; (2) Anlaufstelle für Patienten sein; (3) Gesundheitliche Probleme der Patienten im Reha-Team zu kommunizieren; (4) Ärztliche Informationen an die Patienten zu ergänzen und zu erläutern und ggf. bei Konflikten zu vermitteln; (5) die Behandlungen zu koordinieren und (6) die therapeutischen Maßnahmen in den Alltag der Patienten zu integrieren. Als schwierige *Randbedingungen*, unter denen Patientenkontakte zwischen Pflegenden und Patienten häufig stattfinden, wurden Zeitnot, unklar definierte Aufgaben und das Fehlen geschützter Räume, in denen Kommunikation ungestört stattfinden kann, genannt. Als besonders schwierig nehmen die Pflegenden die Interaktionen mit Patienten wahr, die sehr fordernd oder sehr leidend sind oder einen Rentenwunsch haben. Als häufig problematisch wird außerdem die Zusammenarbeit und Abstimmung im Reha-Team wahrgenommen. Der *Bedarf an Trainingsmaßnahmen* zur Kommunikation wurde von nahezu allen befragten Pflegekräften gesehen, wobei diese sich nicht nur Unterstützung für die Kommunikation mit Patienten wünschten, sondern auch für die Kommunikation im Reha-Team.

Ob die *Einführung neuer Versorgungssysteme* zu Veränderungen der Tätigkeit von Pflegenden in der Rehabilitation geführt haben, ist offenbar abhängig von der Indikation. Pflegende in orthopädischen Einrichtungen geben an, dass Tätigkeiten der Basispflege (z. B. Wundversorgung) zugenommen haben, während dies in internistischen Einrichtungen weniger beobachtet wurde.

Zusammenfassung:

Pflegende nehmen Trainingsbedarf zur Unterstützung ihrer kommunikativen Aufgaben wahr, nicht nur in der Interaktion mit Patienten, sondern auch in der Zusammenarbeit im Reha-Team. Eine Veränderung der pflegerischen Aufgaben im Sinne einer Zunahme von Tätigkeiten der Basispflege wird vor allem in orthopädischen Einrichtungen berichtet.

Umsetzungsempfehlung:

Die Ergebnisse sprechen für einen Bedarf an Training kommunikativer Fertigkeiten. Dieses wird im zweiten Abschnitt der Optippar-Studie durchgeführt und evaluiert. Sollte sich das Training als wirksam erweisen, ist eine Verstetigung von Trainingsmaßnahmen zu empfehlen. Deutlich wurde auch, dass die *räumlichen Bedingungen* für die Gespräche mit den Patienten suboptimal sind. Hier können Sprechzeitregelungen und räumliche Umstellungen Abhilfe schaffen.

Titel des Projektes:

Verbesserung der Vorbereitung von orthopädischen Rehabilitanden auf die Rehabilitation durch diagnosegruppenspezifische Information im Vorfeld (Reha-Info – Re.In!)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dipl.-Psych. Claudia Niemeyer

Projektmitarbeiterin: Monika Schaidhammer, M.A.

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

Mai 2010 bis April 2014

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Oft wird in der Rehabilitationspraxis eine schlechte Vorbereitung der Patienten beklagt. Falsche Erwartungen, mangelnde Information, eine unrealistische Zielsetzung und daraus resultierend Unverständnis, Ärger und Enttäuschungen machen Rehabilitanden und Klinikmitarbeitern das Leben schwer. Unzufriedenheit, geringe Compliance und ein suboptimaler Reha-Erfolg können die Folgen davon sein.

In dem Projekt Re.In! soll versucht werden, die Vorbereitung der Patienten auf die Maßnahme durch optimiertes Informationsmaterial zu verbessern. Um eine ausreichende Informationstiefe bei gleichzeitig schlankem Äußeren zu erreichen, wollen wir das momentan eingesetzte Material vereinheitlichen und durch diagnosegruppenspezifische Informationspakete für Patienten der fünf Hauptdiagnosegruppen der Klinik Münsterland (Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, Patienten nach Bandscheiben-Operationen, Patienten mit Verschleiß [konservativ behandelt]; Patienten nach Gelenkersatz, Patienten nach Amputationen) ergänzen. Das neue Material wird anschließend in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie evaluiert.

Methodisches Vorgehen:

Die Überarbeitung und Erstellung des Materials umfasst drei Schritte:

1. Ist-Analyse: Das aktuelle Material wird gesichtet.
2. Bedarfsanalyse: In Fokusgruppen und Interviews mit Klinikmitarbeitern aller relevanten Berufsgruppen sowie Patienten der fünf Zielgruppen wird Veränderungsbedarf aus Sicht der Betroffenen erhoben.
3. Das Print-Material und die Homepage der Klinik werden auf der Basis moderner medienpädagogischer Ansätze überarbeitet. Die anschließende Evaluation des neuen Materials im Vergleich zum alten erfolgt in einer prospektiven randomisierten Kontrollgruppenstudie.

Ergebnisse:

Die Ist-Analyse und die Bedarfsanalyse sind abgeschlossen. Eine Auswertung der Gespräche ergab einen Pool von 466 unterschiedlichen Anregungen von Seiten der Mitarbeiter sowie von 284 verschiedenen Anregungen von Seiten der Patienten. Diese beziehen sich vor allem auf Erfahrungen mit dem momentanen Material sowie auf Wünsche an das neue Material in Bezug auf Form und Inhalt.

Zusammenfassung:

Auf der Basis einer Ist-Analyse und einer Bedarfsanalyse haben wir das aktuelle Informationsmaterial, das die Patienten der Klinik Münsterland vor Beginn der Reha zugeschickt bekommen, vereinheitlicht. Nun arbeiten wir an der Entwicklung diagnosegruppenspezifischen Informationsmaterials, um so das Wissen der Patienten über ihre Krankheit und deren Behandlung zu verbessern und gegebenenfalls falsche Erwartungen frühzeitig zu korrigieren. Anschließend wird das neue Material gegenüber dem alten in einer prospektiven randomisierten Kontrollgruppenstudie evaluiert.

Umsetzungsempfehlung:

Mit der Erstellung des optimierten Materials, das dann für den Klinikalltag bereitsteht, ist eine große Praxisnähe des Projektes automatisch gegeben. Kommt die Evaluation zu positiven Ergebnissen, kann die Studie sicherlich auch andere Einrichtungen motivieren, für ihre Patienten passendes Material zu entwickeln, so dass die Qualität der Reha insgesamt steigt. Ob unser Material selbst auch anderen Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden kann, muss noch mit verschiedenen Entscheidungsträgern abgestimmt werden.

Titel des Projektes:

Erstellung eines Manuals für das Rückenfit-Programm (RüMan)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Susanne Dibbelt, Maria Ahlert (damals Quatmann)

Projektmitarbeiter: Martin Dahm

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2011

Kooperierende Einrichtungen:

Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen;

Zentrum Patientenschulung an der Universität Würzburg

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Die jährlichen Kosten, die in Deutschland durch chronische Rückenleiden sowie durch die dadurch bedingten Arbeitsausfälle und Frühberentungen entstehen, sind erheblich. Multimodale Behandlungsprogramme, die auf Aktivierung, Bewegungstherapie und psychologische Ressourcenaktivierung zielen, haben sich bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen bewährt und zu überlegenen Behandlungsergebnissen geführt. Das integrierte Orthopädisch-psycho-somatische Konzept bzw. das Rückenfit-Programm gehört zu den multimodalen Reha-Programmen in Deutschland, deren langfristige Effektivität und Überlegenheit gegenüber einer Standard-Rehabilitation inzwischen in drei kontrollierten Studien belegt werden konnte. Dementsprechend ist das Interesse an dem Programm groß. Mit der Manual-Erstellung wird außerdem einer zentralen Forderung der Deutschen Rentenversicherung nach Qualitätssicherung und Standardisierung von Patientenschulungen entsprochen. Die Manual-Erstellung ist ein wichtiger Schritt der Programmentwicklung und Standardisierung. Zentrale Inhalte und Interventionen, die das Programm ausmachen, werden definiert und schriftlich niedergelegt. Im Rahmen der Projekte APiR, lopKo, RUM und RUEVARELA wurden dazu Vorarbeiten geleistet.

Methodisches Vorgehen:

Das methodische Vorgehen wurde mit dem Zentrum für Patientenschulung an der Universität Würzburg abgestimmt. Zunächst erfolgte eine Recherche und Zusammenstellung der vorhandenen Materialien aus den Projekten „APiR“, „lopKo“, „RUM“ und „RUEVARELA“. Es folgten Hospitationen der Programm-Module in der Klinik Münsterland, Interviews mit den Therapeuten zur aktuellen Gestaltung und Durchführung der Module sowie

die Sichtung, Auswahl und Bearbeitung der Materialien. Ein Entwurf des Manuals wurde mit dem Zentrum für Patientenschulung beraten und mit den Ärzten und Therapeuten abgestimmt. Im Anschluss wurde das Manual professionell grafisch gestaltet und gedruckt.

Ergebnisse:

Ein professionell gestaltetes Manual zum Iopko/Rückenfit-Programm liegt nun vor und kann in der Klinik Münsterland erworben werden.

Zusammenfassung:

Ein publiziertes Manual dient der Verbreitung und der qualifizierten Umsetzung des Integrierten Orthopädisch-psychosomatischen Konzeptes bzw. des Rückenfit-Programms. Die Manual-Erstellung klärt grundlegende Elemente und Prinzipien des Konzeptes und macht sie für mögliche andere Anwender transparent und verfügbar. Das RüMan-Projekt hat gezeigt, dass die professionelle Erstellung eines Manuals mit ausreichend zeitlichen und personellen Ressourcen gelingen kann.

Umsetzungsempfehlung:

Das Manual ist auf großes Interesse gestoßen und wurde an Interessierte und Experten versandt sowie auf Tagungen präsentiert und verkauft. Die Veröffentlichung einer Online-Version auf der Webseite des VfR sowie auf der Internet-Plattform der Rehabilitationsforschung in Nordrhein-Westfalen (www.rehaforschung-nrw.de) ist geplant. Eine weitere Stufe der Standardisierung könnte durch ein noch zu entwickelndes Train-the-Trainer-Programm für Therapeuten erreicht werden.

Titel des Projektes:

Optimierung pflegerischer Patientenkontakte in der medizinischen Rehabilitation: Entwicklung und Evaluation eines berufsbegleitenden Trainings kommunikativer Fertigkeiten für Pflegende (OPTIPAR II)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Susanne Dibbelt

Projektmitarbeiter: Edith Wulfert, Martin Dahm

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

1. Januar 2011 bis 30. Juni 2014

Kooperierende Einrichtungen:

Hochschule Osnabrück, Prof. Dr. Elke Hotze; Klinikzentrum Mühlengrund, Bad Wildungen; Brandenburgklinik, Bernau bei Berlin; Klinik Am Kurpark, Bad Kissingen, Kurpark-Klinik, Bad Nauheim; Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde; Klinik Teutoburger Wald, Bad Rothenfelde; Salzetalklinik, Bad Salzuflen

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Der Pflege wird in Zeiten knapper werdender Ressourcen eine Schlüssel-funktion in der medizinischen Rehabilitation zugewiesen. Kommunikative Aufgaben (wie Information, Schulung oder Beratung) nehmen dabei eine zentrale Stelle ein (Caris-Verhallen et al., 1997; Hotze, 1997). Für den Einsatz im Akutkrankenhaus ausgebildet, sind Pflegende für die reha-bilitationsspezifischen Kommunikationsaufgaben jedoch nur ungenügend qualifiziert (Hotze, 1997; Hotze & Winter, 2000; Hotze, 2010). Das Ziel der Studie Optippar II ist es,

- (1) die von Patienten mittels eines Fragebogens bewertete Qualität der Interaktion mit der Pflegekraft bei Aufnahme zu erfassen und
- (2) die Hypothese zu überprüfen, dass es eine positive Beziehung zwischen der (von Patienten wahrgenommenen) Interaktionsqualität in den Pflege-Patienten-Kontakten und langfristigen Behandlungsergebnissen gibt.
- (3) Zum Dritten soll überprüft werden, ob ein zweitägiges Interaktions-training der Pflegenden geeignet ist, die Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Patienten zu verbessern.

Methodisches Vorgehen:

Die Interaktionsqualität wird mittels eines neu entwickelten Fragebogens

(Gesprächsbewertungsbogen – GBB) erhoben. Mit dem GBB bewerten Pflegende und Patienten in sechs Rehabilitationskliniken die affektive, instrumentelle und partizipative Qualität der gemeinsamen Gespräche bei Aufnahme jeweils vor und nach der Durchführung eines Interaktionstrainings. Die Patienten beantworten außerdem Fragen zum Gesundheitsstatus aus dem IRES 3 bei Aufnahme, Entlassung und sechs Monate nach Entlassung sowie Fragen zur beruflichen Situation und präferierten Kommunikationsstilen. Das Interaktionstraining umfasst zwei Tage und findet in der jeweiligen Einrichtung statt. Pro Erhebungsphase sollen 120 Patienten in sechs Einrichtungen einbezogen werden.

Ergebnisse:

- (1) Es wird erwartet, dass die von Patienten wahrgenommene Qualität der Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten mit den Behandlungsergebnissen positiv korreliert.
- (2) Es wird erwartet, dass der Zusammenhang zwischen Interaktionsqualität und Behandlungsergebnissen, wenn er gefunden wird, auch *unabhängig* von den erhobenen Kontrollgrößen (Qualität der Betreuung durch Ärzte und Therapeuten, Persönlichkeits-, sowie krankheitsbezogene Merkmale) bestehen bleibt.
- (3) Es wird erwartet, dass das Interaktionstraining die Interaktionsqualität bei den pflegerischen Aufnahmegesprächen positiv verändert (Zunahme der Interaktionsförderer).

Zusammenfassung:

Die Qualität der Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten bei Aufnahme wird erfasst und soll mittels eines Interaktionstrainings optimiert werden. Ob sich dieses Training als wirksam erweist, wird mit einer Prä-Post-Kontrollstudie überprüft. Gleichzeitig wird geprüft, welchen Einfluss die Qualität der Pflege-Patient-Interaktion auf Behandlungsergebnisse hat.

Umsetzungsempfehlung:

Wenn sich das Interaktionstraining als wirksam erweist und die Qualität der Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten in positiven Zusammenhang mit Behandlungsergebnissen steht, sollte ein solches Training für alle Mitarbeiter des Reha-Teams, insbesondere aber der Pflege in regelmäßigen Abständen angeboten werden. Wie bei den Interviews der ersten Projektphase ist auch in den Trainings deutlich geworden, dass die räumlichen Bedingungen für die (Aufnahme-) Gespräche mit den Patienten suboptimal sind und die Qualität der Gespräche beeinträchtigen. Sprechzeitregelungen und räumliche Umstellungen könnten hier Abhilfe schaffen.



Abteilung Bad Salzuflen

Salzetalklinik

Alte Vlothoer Straße 1

32105 Bad Salzuflen

Telefon 05222 186-0

info@salzetalklinik.de

www.salzetalklinik.de

Titel des Projektes:

**Individuelle Nachsorge onkologischer Patienten.
Konzeption und Evaluation von nachsorgebezogenen
Interventionen zur langfristigen Verstetigung von
Rehabilitationserfolgen (INOP)**

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Heike Kähnert

Projektmitarbeiterin: Anne-Kathrin Exner

Abteilung: Bad Salzuflen

Laufzeit:

1. Juli 2009 bis 31. Dezember 2012

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Trotz guter Vorsätze gelingt es nur wenigen Patienten nach Abschluss einer Rehabilitation ihre Nachsorgeempfehlungen hinsichtlich eines gesunden Lebensstils in den Alltag zu integrieren, so dass Reha-Erfolge schon nach kurzer Zeit nicht mehr nachzuweisen sind. Für die Förderung eines gesunden Lebensstils haben sich volitionale Maßnahmen der Handlungs- und Bewältigungsplanung sowie der Handlungskontrolle als ein vielversprechender Ansatz herausgestellt. Unter Volition werden Prozesse der Selbstkontrolle verstanden, die es einer Person trotz Handlungsbarrieren ermöglichen, ihre Absichten in die Tat umzusetzen. Hierauf basierend wurde das INOP-Modul konzipiert, in den Prozess einer onkologischen Rehabilitation implementiert und evaluiert. Das INOP-Modul setzt sich aus zwei Interventionen zusammen. Intervention A besteht aus einem Seminar, einer Einzelberatung und Unterlagen zur Nachsorgeplanung einschließlich wohnortnaher Nachsorgeadressen, während Intervention B eine telefonische Nachbetreuung drei Monate nach Entlassung beinhaltet. Hauptziel ist, die Wirksamkeit des gesamten INOP-Moduls sowie der Interventionen A oder B bis zu zwölf Monaten nach Reha-Ende hinsichtlich eines gesunden Bewegungs-, Ernährungs- und Entspannungsverhaltens bei Brustkrebspatientinnen zu überprüfen. Mit dem Ziel, Reha-Erfolge langfristig zu verstetigen, werden zudem Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit der Patientinnen im Alltag und Beruf sowie auf den Erhalt der Erwerbsfähigkeit erfasst.

Methodisches Vorgehen:

Die Studie beruht auf einem prospektiven, kontrollierten Design und wurde in fünf Rehabilitationskliniken durchgeführt. Zu Beginn einer onkologischen Rehabilitation wurden Brustkrebspatientinnen einer Kontrollgruppe

oder einer von drei Interventionsgruppen randomisiert zugeordnet. Die Kontrollgruppe erhielt die Standard-Rehabilitation. Die Teilnehmer der drei Interventionsgruppen erhielten darüber hinaus entweder die Intervention A und B, nur die Intervention A oder nur die Intervention B. Daten wurden aus vier schriftlichen Patientenbefragungen (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6- und 12-Monats-Katamnese) erhoben. Die Erhebung der 12-Monats-Katamnese wurde im August 2012 abgeschlossen.

Ergebnisse:

In die INOP-Studie wurden 1.073 Teilnehmerinnen eingeschlossen. Die Rücklaufquote zur 6-Monats-Katamnese beträgt 79 %. Die Auswirkungen des gesamten INOP-Moduls (Intervention A und B) sechs Monate nach Reha-Ende wurden bisher ausgewertet. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe profitiert die Interventionsgruppe, indem sie bis zu sechs Monate nach Entlassung jeweils signifikant höhere Kompetenzen zur Handlungs- und Bewältigungsplanung, ein gesteigertes Sport- und Bewegungsverhalten sowie eine verbesserte Funktionsfähigkeit im Alltag aber auch im Beruf aufweisen. Auch werden über das INOP-Modul ehemals inaktive Patienten dabei unterstützt, mit einem regelmäßigen Sport- und Bewegungsverhalten zu beginnen und dieses beizubehalten. Die Auswertung der 12-Monats-Katamnese ermöglicht es, Aussagen zur langfristigen Verstetigung von Reha-Erfolgen zu treffen.

Zusammenfassung:

Die INOP Studie umfasst die Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer Intervention zur Handlungs- und Bewältigungsplanung mit dem Hauptziel, dass Rehabilitanden ihre Nachsorgeempfehlung trotz Handlungsbarrieren langfristig in Ihren Alltag integrieren. Das INOP-Modul fördert Planungskompetenzen, trägt zu einem bewegungsaktiven Lebensstil bei und steigert die Funktionsfähigkeit im Alltag und im Beruf von Brustkrebspatientinnen bis zu sechs Monate nach Klinikentlassung.

Umsetzungsempfehlung:

Die INOP Interventionen stellen zeitlich überschaubare Maßnahmen dar. Seminar und Einzelberatung lassen sich gut in den Rehabilitationsprozess integrieren. Inhalte sowie Abläufe der INOP-Interventionen liegen als Manual vor, so dass ein Einsatz im klinischen Setting möglich ist. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse werden in der Salzetaklinik in Bad Salzuflen das INOP-Seminar und die Einzelberatung ab September 2012 in die Regelversorgung für onkologische Patienten aufgenommen.

Titel des Projektes:

Evaluation der Nachhaltigkeit einer berufsorientierten Rehabilitation am Beispiel des RehaBau-Projektes für Bauhandwerker (NABEOR)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Philipp Preßmann

Abteilung: Bad Salzuflen

Laufzeit:

1. Juli 2010 bis 31. Dezember 2013

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Muskuloskelettale Erkrankungen sind vor allem auf äußere Einflüsse, d. h. vorwiegend mechanische Belastungen zurückzuführen. Speziell in der Bauwirtschaft lassen sich Erkrankungen des MSK-Systems mit den Belastungen und Bedingungen der Tätigkeit begründen. Die sich langsam, aber progressiv entwickelnden Krankheitsverläufe bewirken Einschränkungen der Funktions- und Leistungsfähigkeit, gefährden die Arbeitsfähigkeit und somit die Existenz der Betroffenen stark. Das Frühberentungsrisiko von Bauhandwerkern ist um 40 % höher als das von allen deutschen rentenversicherten Männern. Für die spezielle Berufsgruppe der Bauhandwerker wurde von der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft ein „RehaBau“-Programm entwickelt und in der stationären Reha etabliert. Die Maßnahmen orientieren sich an den besonderen beruflichen Problemlagen und sind maßgeschneidert auf die spezifischen Arbeitsplatzanforderungen/-bedingungen ausgerichtet. Die generelle Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des Programmes konnte belegt werden, jedoch ohne den Vergleich mit einer Kontrollgruppe bzw. ohne Randomisierungsverfahren. Ziel der Studie ist ein Nachweis der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des RehaBau-Programmes im Vergleich zu einer konventionellen orthopädischen Rehabilitation. Erfasst werden Parameter zu Gesundheitszustand, körperlicher und beruflicher Funktions- und Leistungsfähigkeit sowie zum Erwerbsstatus.

Methodisches Vorgehen:

Die Forschungsstudie ist als randomisierte kontrollierte Interventionsstudie angelegt und beruht auf einem prospektiven Longitudinaldesign mit vier Messzeitpunkten (Beginn und Ende der Reha sowie 6- und 12-Monats-Katamnese). Die Interventionsgruppe (RehaBau) nimmt an einem berufsorientierten theoretischen und praktischen Ergonomietraining sowie an vordergründig aktiven bewegungstherapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen teil. Die Rehabilitation findet außerdem in einer festen Gruppe über

den gesamten klinischen Zeitraum statt. Die Kontrollgruppe bekommt ein konventionelles und in deutschen Rehabilitationskliniken übliches orthopädisches Behandlungsprogramm. Die Studienpatienten werden in zwei Rehabilitationskliniken mittels Fragebogen schriftlich befragt. Ergänzend stehen qualitative Nachweise in Form von dokumentierten Therapeuten-erfahrungen mit den RehaBau-Gruppen und Interviews mit Patienten zur Verfügung. Die Patientenrekrutierung wird im September 2012, die 12-Monats-Katamnese folglich ein Jahr später abgeschlossen sein.

Ergebnisse:

Bis zum Ende der Rekrutierungsphase wurden 31 RehaBau-Gruppen durchgeführt und 592 Patienten in die Studie eingeschlossen. Die Teilnahmequote der 6- und 12-Monats-Katamnese liegt bei etwa 77 %. Erste Zwischenergebnisse weisen auf eine gute Wirksamkeit des RehaBau-Programmes im Vergleich mit einer konventionellen orthopädischen Rehabilitation bzgl. Gesundheitszustand, Funktionsfähigkeit und Schmerzwahrnehmung hin. Gruppenvergleiche am Ende der Rehabilitation zeigen signifikante Unterschiede hinsichtlich der genannten Parameter. Dies deckt sich mit der positiven Bewertung des Programmes durch Therapeuten und Teilnehmer. Aussagen über die nachhaltige Stabilisierung dieser Effekte werden die 6- und 12-Monats-Katamnese zeigen.

Zusammenfassung:

Ein Erhalt der Erwerbsfähigkeit und Qualifikationen in einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung stellt Arbeitgeber, Sozialversicherungssysteme und nicht zuletzt betroffene Arbeitnehmer speziell im (Bau-)Handwerk vor vielfältige Herausforderungen. Um erfahrenes Fachpersonal für eine qualitativ gute Arbeitsleistung zu erhalten, sollten sich Rehabilitationskonzepte an den realen Tätigkeiten und Arbeits(platz-)bedingungen orientieren. Einen vielversprechenden Ansatz zur Ermöglichung besserer beruflicher Teilhabechancen stellt das RehaBau-Programm dar. Hinweise auf die Wirksamkeit des Verfahrens liegen vor und werden von den positiven Rückmeldungen der Patienten sowie der Therapeuten gestützt.

Umsetzungsempfehlung:

Die bisherigen Ergebnisse zeigen eine bessere Wirksamkeit des RehaBau-Programmes im Vergleich mit einer konventionellen orthopädischen Rehabilitation. Medizinisch-berufliche Orientierung sowie die Behandlung berufshomogener Gruppen sollten daher einen Standard in der orthopädischen Rehabilitation darstellen.

Titel des Projektes:

Pilotstudie Wunschgewicht: Evaluation eines Beratungs- und Schulungsprogramms für übergewichtige und adipöse Patienten im Rahmen einer stationären Rehabilitation (WuGe)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Anne-Kathrin Exner

Projektmitarbeiter: Patricia Bothe, Simona Brand

Abteilung: Bad Salzuflen

Laufzeit:

1. Oktober 2011 bis 31. Dezember 2012

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Ergebnisse der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ zeigen, dass 67,1 % der Männer und 53,0 % der Frauen übergewichtig und jeweils etwa 23 % adipös sind. Durch gewichtsassoziierte gesundheitliche Beeinträchtigungen und Folgeerkrankungen wie das Metabolische Syndrom oder Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats besteht bei Übergewichtigen und Adipösen ein höheres Risiko einer vorzeitigen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Entsprechend stellen Schulungsmaßnahmen für Übergewicht/Adipositas integrale Bestandteile einer Reha dar, deren Inhalte, Akzeptanz, Zielgruppenspezifität und Wirksamkeit überprüft werden sollten.

Die WuGe-Pilotstudie zielt darauf ab, die Patientenschulung „Wunschgewicht“ der Salzetalklinik und den neu konzipierten Workshop „Gesund und munter“ auf ihre zielgruppenspezifischen Inhalte und adressatengerechte Umsetzung zu analysieren, ggf. zu verbessern und ein optimiertes Studiendesign einschließlich validierter Messinstrumente für eine Hauptstudie zu entwickeln.

Methodisches Vorgehen:

Die Studie ist als Machbarkeitsstudie mit einem randomisierten kontrollierten Design angelegt. In die Studie werden Patienten beider Geschlechter der Onkologie und Orthopädie mit einem Body-Mass-Index $\geq 28 \text{kg/m}^2$ eingeschlossen. Diese werden anhand einer Randomisierungsliste zu Beginn der Reha individuell der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt. Teilnehmer/innen der Interventionsgruppe nehmen während ihrer Reha an der Patientenschulung „Wunschgewicht“ (drei Mal 60 Minuten) teil, die von den Ernährungsberaterinnen der Klinik durchgeführt wird. Drei Monate nach der Reha werden alle Teilnehmer/innen an einem Samstag zum eintägigen Workshop „Gesund und munter“ in die Klinik eingeladen.

Jede/r Studienteilnehmer/in erhält jeweils zum Beginn und am Ende der Reha sowie beim Workshop eine Bioelektronische-Impedanzmessung (B.I.A.-Messung). Die schriftliche Befragung erfolgt zu Beginn und am Ende sowie drei und sechs Monate nach Abschluss der Reha. Zusätzlich führen die Studienteilnehmer/innen ein 3-Tage-Freiburger Ernährungsprotokoll zwei Wochen und drei Monate nach der Reha. Gruppeninterviews mit Teilnehmern der Patientenschulung und Experteninterviews mit Ernährungsberaterinnen werden durchgeführt, um Struktur- und Prozessabläufe zu beurteilen.

Ergebnisse:

Insgesamt wurden 131 Personen in die WuGe-Pilotstudie eingeschlossen (Interventionsgruppe: 52 %). 101 Studienteilnehmer/innen füllten zu Beginn der Reha den Fragebogen I aus (Teilnahmequote: 77 %). Die Follow-up-Befragungen sind im Oktober 2012 vollständig abgeschlossen. Der Workshop „Gesund und munter“ wurde zwei Mal mit insgesamt 14 Studienteilnehmer/innen durchgeführt. Im Zeitraum Reha-Beginn bis zum Workshop haben die Teilnehmer/innen ihr Körpergewicht durchschnittlich um 4,3 kg reduziert. Das Ziel, die Muskelmasse zu erhalten bzw. zu erhöhen und die Fettmasse zu reduzieren, konnte erreicht werden (B.I.A.-Messung). Alle Teilnehmer/innen gaben an, nach der Reha auf eine gesunde ausgewogene Ernährung zu achten und sich mehr zu bewegen. Insgesamt wurde der Workshop von den Teilnehmer/innen sehr positiv bewertet. Besonders wichtig waren ihnen die B.I.A.-Messung, eine Rückmeldung zu der Auswertung ihres Ernährungsprotokolls und der Austausch zwischen den Teilnehmer/innen und den Klinik- und Forschungsmitarbeitern.

Zusammenfassung:

Übergewicht und Adipositas sind mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden. Innerhalb der WuGe-Pilotstudie werden die Patientenschulung „Wunschgewicht“ und der Workshop „Gesund und munter“ auf ihre zielgruppenspezifischen Inhalte und adressatengerechte Umsetzung untersucht. Die Auswertung des Workshops zeigt, dass die Workshop-Teilnehmer/innen ihre Gesundheitsziele bis zu drei Monaten nach Reha-Ende verfolgen und ihren Lebensstil hin zu einer gesunden Ernährung und einem bewegungsaktiven Alltag umsetzen konnten.

Umsetzungsempfehlung:

Die ersten Ergebnisse weisen auf die Bedeutung der Patientenschulung und des Workshops hin, da die Teilnehmer/innen sowohl ihre Ernährungs- als auch Bewegungsgewohnheiten mittelfristig ändern.



Abteilung Ennepetal

Klinik Königsfeld

Holthäuser Talstraße 2

58256 Ennepetal

Telefon 02333 9888-0

info-koenigsfeld@drv-westfalen.de

www.klinik-koenigsfeld.de

Titel des Projektes:

Rehabilitation nach Herzoperation (REHOP): Eine vergleichende Untersuchung zwischen bypass- und herzklappenoperierten Rehabilitanden hinsichtlich relevanter Outcomekriterien

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Jan Karoff, M.A.

Projektmitarbeiterin: Tanja Losch

Abteilung: Ennepetal

Laufzeit:

15. September 2009 bis 31. August 2012

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Mit zuletzt 25.127 Fällen (2010) hat sich die Zahl der Herzklappenoperationen in Deutschland in den letzten 15 Jahren nahezu verdoppelt. Dadurch hat die rehabilitationsmedizinische Versorgung dieser Patienten an Bedeutung gewonnen. Bis heute liegen für diese Patientengruppe allerdings nur wenige Daten über die individuellen Voraussetzungen, die Art der Durchführung und die Effektivität der medizinischen Rehabilitation vor. Eine eigene Leitlinie für die Rehabilitation nach Herzklappenoperation ist nicht vorhanden. Derzeit orientiert sich die Rehabilitation nach Herzklappenoperationen an den Empfehlungen für bypassoperierte Patienten. Über eine Vergleichsuntersuchung von bypass- und herzklappenoperierten Rehabilitanden sollen Informationen über die gegenwärtige Behandlungspraxis gewonnen und Hinweise auf den Gestaltungsbedarf der rehabilitativen Versorgung abgeleitet werden.

Methodisches Vorgehen:

Die untersuchte Stichprobe rekrutiert sich aus der Grundgesamtheit der bypass- (B) oder herzklappenoperierten (HK) Rehabilitanden der Klinik Königsfeld der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. Zusätzlich erfolgt der Einschluss von Rehabilitanden mit Zustand nach Kombinationseingriff (K) – d. h. Bypass- und Herzklappenoperation. Die Datenerhebung erfolgt zu Beginn (t1) und am Ende der Rehabilitation (t2) sowie sechs Monate nach Rehabilitationsabschluss (t3). Zielkriterien sind der Gesundheitszustand resp. die darüber vermittelte Lebensqualität sowie die Zufriedenheit mit der Rehabilitation. Ermittelt werden u. a. die subjektiven Erwartungen bzw. die Bewertung der Rehabilitation, der Gesundheitsstatus und Komplikationen, rehabilitative Leistungen und bio-psycho-soziale Daten.

Ergebnisse:

Die Gruppe der Herzklappenoperierten weist den mit Abstand höchsten Frauenanteil von rund 31 % auf (B: 14 %, K: 11 %). Hinsichtlich der Altersverteilung zeigen Bypassoperierte die größte Homogenität (\bar{x} 58,3 Jahre \pm 8,8), bei Herzklappenoperierten liegt die stärkste Altersstreuung vor – mit sowohl dem jüngsten (24 Jahre), als auch dem ältesten (88 Jahre) Studienteilnehmer (\bar{x} 58,2 Jahre \pm 14,7). Patienten mit Kombinationseingriff sind mit dem höchsten Durchschnittsalter assoziiert (\bar{x} 64,3 Jahre \pm 11,6), der jüngste Patient dieses Kollektivs ist bereits 42-jährig.

Unabhängig von der Grunderkrankung geben rund drei von vier Befragten an, im Rahmen der Rehabilitation „die richtigen Betreuungen, Behandlungen und Beratungen“ vorgefunden zu haben (HK + B: jew. 75 %, K: 74 %); der individuell erhaltene Umfang dieser Leistungen wird am häufigsten von Bypassoperierten als „genau richtig“ dosiert empfunden.

Deutlich häufiger als bypassoperierte vermissen herzklappenoperierte Rehabilitanden individuelle Angebote in den Bereichen Schmerzbewältigung (HK + K jew. 35 % vs. B: 21 %), krankheitsbezogene Informationen (HK: 41 %, K: 29 % vs. B: 22 %) sowie berufliche Belastungserprobungen und Leistungstests (HK: 44 %, K: 29 vs. B: 11 %).

Auffällig ist, dass Rehabilitanden nach Herzklappenoperationen (HK+K) ihren Gesundheitszustand sowohl zu Rehabeginn als auch -ende pessimistischer beurteilen als Bypassoperierte. Sie verbessern jedoch im Vergleich zu den Bypassoperierten ihre Werte deutlicher. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der herzklappenoperierten Rehabilitanden, die in der 6-Monats-Katamnese den besten Gesundheitszustand aufweist.

Zusammenfassung:

Bereits an der bemerkenswerten Altersstreuung und einer uneinheitlichen Komplikationslage der herzklappenoperierten Rehabilitanden deutet sich der Bedarf an elaborierten, patientenbezogenen Rehabilitationsangeboten an, und insbesondere in Fällen von Herzklappenoperationen mit Sternotomie erscheint eine weitere Flexibilisierung der Rehabilitationsmaßnahmen zur bedarfsgerechten Versorgung beitragen zu können.

Umsetzungsempfehlung:

Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass nach Bypass- bzw. Kombinationsoperation nach Beendigung der Rehabilitationsbehandlung weitere Interventionen zur Nachhaltigkeit der Rehabilitation geboten sind, während bei der in der Regel nicht mit Lebensstilfaktoren assoziierten Herzklappenerkrankung eine krankheitsspezifische, individuelle Rehabilitationsbehandlung zur Krankheitsbewältigung geboten ist.

Titel des Projektes:

Diabetes-Intervention mit kohlenhydratreduzierter Ernährung (DIKE): Randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie zum Vergleich von kohlenhydratreduzierter Kost mit leitliniengemäßer Diabetikerkost in der Therapie des Diabetes mellitus-Typ-2

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Ethikkommission:

Ethik-Kommission der Universität Witten/Herdecke e. V., 25.01.2011,
ref: 98/2010

Studienregistrierung:

www.controlled-trials.com/ISRCTN68494994/

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Jan Karoff, M.A.

Projektmitarbeiter: Dipl. oec. troph. Anna Köpper, Brigitte Wiesner

Abteilung: Ennepetal

Laufzeit:

1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2013

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Die weltweit steigende Prävalenz des „ernährungsmitbedingten“ Diabetes mellitus-Typ-2 stellt die Gesundheits- und Sozialsysteme im In- wie Ausland vor große Herausforderungen und geht für die chronisch Kranken mit zum Teil schwerwiegenden körperlichen Leiden, Einschränkungen im Alltags- und Berufsleben sowie einer verkürzten Lebenserwartung einher. Seit 1998 ist die Zahl der Typ-2-Diabetiker um rund 38 % gestiegen: in Deutschland sind inzwischen sechs Millionen Erwachsene (9,3 %) von der Stoffwechselstörung betroffen. Zur Optimierung der individuellen Verlaufsprognose kommt insbesondere der glykämischen Einstellung eine hohe Bedeutung zu. Ernährungstherapeutische Interventionen haben in den letzten Jahren wiederholt Hinweise auf eine günstige Entwicklung dieser und weiterer therapierrelevanter Parameter unter kohlenhydratreduzierten Kostformen mit erhöhten Fett- und Eiweißanteilen geliefert. Diese Befunde stehen weder im Einklang mit der heute üblichen Behandlungspraxis noch mit der seit 2005 gültigen Leitlinienempfehlung zur Ernährungstherapie beim Typ-2-Diabetes, wonach eine kohlenhydratbetonte Ernährung geboten ist.

Methodisches Vorgehen:

Mit einer aktiv kontrollierten, randomisierten Studie (RCT) an Probanden

mit Typ-2-Diabetes soll geprüft werden, ob eine sechsmonatige ernährungstherapeutische Intervention mit einer kohlenhydratreduzierten Kost (Interventionsgruppe [IG] – KH: 25 %, F: 45 %, E: 30 %; ~1.800 kcal./tgl.) zu signifikant günstigeren Therapieeffekten führt, als unter der leitliniengemäßen, vollwertigen Ernährung (Kontrollgruppe [KG] – KH: 55 %, F: 30 %, E: 15 %; ~1.800 kcal./tgl.). Am Erhebungsort werden seit März 2011 alle neu aufgenommenen stationären Rehabilitanden (Indikationen: Kardiologie, Orthopädie) mit bekanntem Typ-2-Diabetes über die freiwillige Studienteilnahme aufgeklärt und nach entsprechender Einverständniserklärung randomisiert den beiden Studienarmen zugewiesen. Während der mindestens 21-tägigen Rehabilitation erfolgt eine Vollverpflegung gemäß Studienprotokoll, begleitet von theoretischen und praktischen Ernährungsschulungen. Nach Abschluss der Rehabilitation wird die Ernährungstherapie bis sechs Monate nach Rehabilitationsbeginn fortgesetzt; in dieser Phase erfolgt u. a. eine Compliancekontrolle mit dreitägigem Ernährungsprotokoll. Drei Messzeitpunkte verteilen sich auf Baseline (t1), 21 Tage nach Baseline (t2), sechs Monate nach Baseline (t3). Hauptzielkriterien sind die Glykämie-parameter HbA1c und Nüchtern glukose. Die erforderliche Studienpopulation umfasst 82 Probanden je Studienarm (N = 164) zum Messzeitpunkt t3.

Ergebnisse:

Seit Rekrutierungsbeginn konnten 169 Typ-2-Diabetiker (48,3 %) in das Studienprogramm eingeschlossen werden. Häufigste Gründe gegen eine Teilnahme sind erstens laufende Disease-Management-Programme in deren Rahmen bereits Ernährungsinterventionen begonnen wurden, zweitens Patienteneinstellungen wonach ausschließlich medikamentöse Behandlungsstrategien erwünscht sind, drittens Erfahrungen von Misserfolg und Scheitern im Umgang mit Ernährungsempfehlungen i. w. S. d. ‚cooling-out‘.

Zusammenfassung:

Interventionen zur Lebensstilmodifikation stellen bekanntermaßen für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Daher erweist sich die Entscheidung für die Rekrutierung von ausschließlich stationären Rehabilitanden als zielführend. Durch die Vollverpflegung in der dreiwöchigen Initialphase der Studie können Vorurteile und Ängste vor einer Ernährungsumstellung abgebaut und die motivationale Selbstwirksamkeit gesteigert werden. Unabhängig von der edukativen Dimension bleibt eine empirische Fundierung der Ernährungstherapie beim Typ-2-Diabetes dringend geboten.

Umsetzungsempfehlung:

Vor Abschluss der Untersuchung können keinerlei Umsetzungsempfehlungen ausgesprochen werden.



Abteilung Münster

Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Gartenstraße 194

48147 Münster

Telefon 0251 238-0

kontakt@drv-westfalen.de

www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de

Titel des Projektes:

**Evaluation der psychosomatischen Reha-Nachsorge (PRN)
der Deutschen Rentenversicherung Westfalen:
Struktur- und Prozessoptimierung als unmittelbares
Evaluationsergebnis (PRN₁)**

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Jochen Heuer, Dr. Bettina Hesse

Projektmitarbeiterin: Dr. Erika Gebauer

Abteilung: Münster

Laufzeit:

1. April 2002 bis 31. März 2005

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Mit der PRN bietet die Deutsche Rentenversicherung Westfalen im Bereich Psychosomatik – bundesweit einzigartig – ein flächendeckendes und wohnortnahes Nachsorgeprogramm an. Der komplikationsfreie Einsatz geeigneter Strukturen und Prozesse unter Beteiligung von 17 Kliniken und mehr als 60 Nachsorgetherapeuten sowie verschiedener vernetzter Institutionen ist für ein effizientes und effektives Funktionieren der PRN von entscheidender Bedeutung. Ziel des hier besprochenen Teilbereichs der Evaluationsstudie, der Struktur- und Prozessanalyse war es daher, an den Schnittstellen Klinik → PRN und PRN → Alltag/Beruf, Schwachpunkte, die einen reibungslosen und effizienten Ablauf der Nachsorge als integriertem Glied der Rehakette behindern, aufzuzeigen und Optimierungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Methodisches Vorgehen:

Die Struktur- und Prozessanalyse wurde als Querschnittstudie ausgelegt, die Reha-Kliniken, PRN-Therapeuten und Rehabilitanden erfasste. Klinik- (N = 93) und Nachsorgetherapeuten (N = 47) erhielten spezielle Struktur- und Prozessfragebögen. Daneben wurden einige Items patientenbezogener Therapieverlaufs-Fragebögen aus den Reha-Kliniken (N = 178) und Nachsorge (N = 158) integriert, sowie Fragen aus Patientenfragebögen (N = 246) zu den entsprechenden Themenbereichen.

Ergebnisse:

Die Analyse der Schnittstelle Klinik → PRN offenbarte Informations- und Kommunikationsdefizite zwischen Klinik- und Nachsorgetherapeuten. 59 % der Kliniktherapeuten fühlten sich über die Nachsorgetherapeuten nicht ausreichend informiert, vice versa waren es 48 %. Beide Gruppen bemän-

gelten insbesondere die schlechte Erreichbarkeit der jeweiligen – häufig ungenannten – Ansprechpartner. Den Kliniktherapeuten fehlten Informationen über Qualifikation, Therapieausrichtung und die Therapieform (Gruppe oder Einzel) der Nachsorgetherapeuten, die ihnen zu über 70 % unbekannt war. Die PRN-Therapeuten wünschten sich Klarheit über die Therapieausrichtung, die Schwerpunkte und die therapeutischen Konzepte der Kliniken. Die Nachsorgetherapeuten bezeichneten einen häufig fehlenden oder zu spät kommenden Entlassungsbericht als besonders problematisch. Sie sahen sich dadurch in ihrer therapeutischen Arbeit und bei Vernetzungsleistungen an der Schnittstelle PRN → Alltag/Beruf stark behindert. Deshalb wurde die Verpflichtung zur zeitnahen Übergabe des Entlassungsberichtes noch einmal explizit im PRN-Konzept festgeschrieben und ein *erweiterter Übergabebericht* entwickelt, der wichtige Angaben zu den Therapiezielen und ggf. einzuleitenden Vernetzungsleistungen enthält. Dieser erweiterte Übergabebericht steht dem Nachsorgetherapeuten als Bestandteil der PRN-Verordnung unmittelbar nach Entlassung des Versicherten aus der Klinik zur Verfügung.

Zusammenfassend beurteilten die Kliniktherapeuten das Konzept der PRN zu 88 % als gut und sehr gut, die Nachsorgetherapeuten zu 91 %. Die in der Nachsorge ermittelte Themenpräsenz entspricht in ihrem Ranking der Zielrichtung der PRN mit ihrem Fokus auf berufliche (Wieder-) Eingliederung.

Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlung:

Die Untersuchung hat der PRN generell eine gute Ablaufperformance bescheinigt. Dort, wo Reibungsverluste insbesondere an den Schnittstellen Klinik → PRN und PRN → Alltag/Beruf erkannt worden sind, wurden in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Westfalen Interventionen (Informationsbereitstellung im Internet, Erweiterter Übergabebericht, PRN-Workshop, Konzeptionsänderung etc.) entwickelt und umgesetzt. Wie die zweite Struktur- und Prozesserhebung belegt, konnten Probleme und Defizite auf diese Weise behoben oder deutlich verringert werden, z. B. in den Bereichen Information/Kommunikation zwischen Klinik- und Nachsorgetherapeuten, Klarheit der Nachsorgeziele der Patienten, später oder fehlender Entlassungsbericht.

Die Struktur- und Prozesserhebung hat gezeigt, dass im Falle der PRN wissenschaftliche Begleitforschung unmittelbar in operationalisierbare Strategien umgesetzt werden kann, die geeignet sind, eine schnelle Optimierung der Maßnahme herbeizuführen und somit einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und -steigerung zu leisten.

Titel des Projektes:

**Wissen – Wertschätzung – Kompatibilität – Alternativen:
Die Rehabilitation aus betrieblicher Sicht (KoRB₁)**

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Jochen Heuer, Dr. Bettina Hesse

Projektmitarbeiterin: Dr. Erika Gebauer

Abteilung: Münster

Laufzeit:

1. Januar 2005 bis 30. Juni 2007

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Mitarbeiter mit eingeschränktem Leistungsvermögen, chronischen Erkrankungen und langen Ausfallzeiten führen bei Rentenversicherern und Betrieben zu Kosten in Milliardenhöhe. Den betroffenen Arbeitnehmern drohen Arbeitsplatzverlust und Erwerbsunfähigkeit.

Erwerbsunfähigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern ist Aufgabe der Rehabilitation. Um ein optimales Rehabilitationsverfahren und -ergebnis zu erzielen, ist es wichtig, dass alle Akteure eng kooperieren: Betriebe, Arbeitnehmer (-Vertreter), Rentenversicherungsträger, Betriebsärzte und Rehabilitationseinrichtungen. Rehabilitation wird dann besonders erfolgreich und in vielen Fällen überhaupt erst realisierbar sein, wenn sie von den oben genannten unmittelbar und mittelbar Beteiligten als sinnvoll angesehen und geschätzt wird. Ein solch positives Verhältnis zur Rehabilitation setzt ausreichende Informationen und/oder gute Erfahrungen voraus. Herauszufinden, wie es um den Informationsstand, die Wertschätzung der Rehabilitation und die Kooperation zwischen den beteiligten Parteien und Partnern bestellt ist, war eine Aufgabe des Projektes KoRB (**Ko**operation **R**ehabilitation und **B**etrieb). Darüber hinaus sollte die Kompatibilität der Rehabilitation mit betrieblichen Erfordernissen verbessert und eine noch gezieltere Ausrichtung der Rehabilitationsmaßnahmen auf die ganz speziellen Anforderungen eines Arbeitsplatzes ermöglicht werden. Der Fokus lag dabei auf kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) in Westfalen mit weniger als 250 Beschäftigten. Ihr Wissen um und ihre Wertschätzung der Rehabilitation sind bislang nicht untersucht.

Methodisches Vorgehen:

Für die Studie wurden 697 Arbeitgeber von Klein- und Mittelbetrieben in Westfalen, 458 Betriebsräte, 73 Betriebsärzte, 3.509 Arbeitnehmer (Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Westfalen) und 47 Reha-Kliniken befragt. Die Zielgruppen wurden – mit Ausnahme der Arbeitnehmer –

schriftlich durch den Versand von Fragebögen befragt. Da dieses Vorgehen bei den Arbeitgebern wenig Aussicht auf eine zufriedenstellende Response rate gehabt hätte, wurden diese telefonisch in Form von CATI-Interviews durch das Institut für Demoskopie Allensbach untersucht. Es konnten auf diesem Weg repräsentative Aussagen für 175.000 Betriebe mit rund 1,65 Millionen Beschäftigten getroffen werden.

Ergebnisse:

Die Befragung hat gezeigt, dass das Bild der Rehabilitation bei allen betrieblichen Protagonisten, besonders bei den Arbeitgebern, überwiegend positiv ist. Die große Mehrheit der Befragungsteilnehmer hat jedoch ein starkes Informationsbedürfnis zum Thema Rehabilitation. Vor diesem Hintergrund wurde als Umsetzung der KoRB-Resultate die Homepage der Deutschen Rentenversicherung Westfalen um Informationen speziell für Arbeitgeber ergänzt. Außerdem wurde ein „persönlicher Ansprechpartner“, die präferierte Informationsquelle der Arbeitgeber, ins Leben gerufen.

Gerade für kleine Betriebe stellt der Ausfall des Arbeitnehmers ein großes Problem dar. Dementsprechend bevorzugen die Arbeitgeber Reha-Modelle, die flexibel ausgestaltet sind und eine stunden- oder tageweise Anwesenheit des Mitarbeiters im Betrieb ermöglichen. Alle anderen Teilnehmergruppen geben der drei-wöchigen stationären Rehabilitation den Vorzug. Betriebsärzte beklagen, nicht systematisch darüber informiert zu werden, wann ein Mitarbeiter in eine Rehabilitationsmaßnahme geht und vor allem mit welchem Leistungsbild er an den Arbeitsplatz zurückkehrt. Die im Entlassungsbericht getroffenen Aussagen mit Blick auf den Arbeitsplatz werden lediglich von 36 % der Betriebsärzte als hilfreich erachtet, von 7 % sogar eher als schädlich gesehen. Dies bedeutet unter bestimmten Umständen den Verlust eines Arbeitsplatzes. Die KoRB₂-Studie (siehe dort) sucht in diesem Problembereich nach Lösungsmöglichkeiten.

Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlung:

Mit der KoRB₁-Studie wurden erstmals umfangreiche Analysen zu Kooperationsmöglichkeiten und -Hindernissen zwischen allen an der Rehabilitation beteiligten Akteuren mit besonderem Fokus auf KMU durchgeführt. Einige der vorgefundenen Problembereiche konnten bereits in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Westfalen erfolgreich bearbeitet werden. Zurzeit entwickelt die KoRB₂-Studie ein Schnittstellenmanagement an der für den Rehabilitationserfolg entscheidenden Nahtstelle zwischen Reha-Klinik und Betrieb/Betriebsarzt.

Titel des Projektes:

Projekt zur Erfassung der Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung im Antragsverfahren auf Erwerbsminderungsrente („PEgL“)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. phil. Judith A. Bahmer

Abteilung: Münster

Laufzeit:

1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2012

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Die PEgL-Studie wurde als Online-Studie zur Untersuchung kontextueller und intrapersonaler Einflussfaktoren auf die gutachterliche Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Antragsverfahren auf Erwerbsminderungsrente in den Indikationsbereichen Orthopädie sowie Psychiatrie/Psychosomatik konzipiert. Jeder Studienteilnehmer (externe und interne Gutachterinnen und Gutachter der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Regionalträger sowie der Knappschaft-Bahn-See) beurteilte zwei Fallvignetten aus acht Fällen pro Indikationsbereich. Jede Fallvignette enthielt alle sozialmedizinisch relevanten Informationen einschließlich eines Videos mit Ausschnitten aus der Begutachtungssituation, die mit Schauspielerpatienten nachgestellt wurden. Die Studienteilnehmer beantworteten sowohl fallbezogene Fragebögen (sozialmedizinische Beurteilung der Diagnosen, des Ausschöpfungsgrades an medizinischen sowie rehabilitativen Leistungen, dem quantitativen und qualitativen Leistungsbild etc.) als auch Fragebögen zur persönlichen Grundhaltung (Entscheidungsverhalten, Urteilstendenz, Urteilsstrenge, Entscheidungssicherheit). Ziel war die Abbildung der gutachterlichen Übereinstimmung in der Einschätzung des zeitlichen Restleistungsvermögens sowie möglicher Einflussfaktoren auf diese Einschätzung.

Ergebnisse:

Bis zum 24. April 2011 haben insgesamt 195 Gutachterinnen und Gutachter an der PEgL-Studie teilgenommen (101 Teilnehmer Psychiatrie/Psychosomatik, 94 Teilnehmer Orthopädie). Damit konnte auf eine Grundgesamtheit von 390 bearbeiteten Gutachten zurückgegriffen werden. Das mittlere Alter der Teilnehmer betrug 53,37 Jahre in der Stichprobe orthopädischer Gutachterinnen und Gutachter und 52,48 in der Stichprobe der psychiatrischen Gutachterinnen und Gutachter (Range 35 bis 72 Jahre). Aktuell als Behandler/in tätig waren 74,5 % der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte

im Bereich Orthopädie und 72,3 % der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Indikationsbereich Psychiatrie/Psychosomatik. Es zeigte sich in der untersuchten Stichprobe eine geringe Urteilsvarianz in der Einschätzung der Frage, ob ein zeitliches Leistungsvermögen von unter sechs Stunden oder über sechs Stunden pro Tag vorliegt. Die Übereinstimmung bezüglich dieser Frage betrug in der Stichprobe der orthopädischen Gutachterinnen und Gutachter zwischen 76,7 % und 95,7 %; in der Stichprobe der psychiatrischen Gutachterinnen und Gutachter zwischen 63,7 % und 88 %. Hinweise auf Persönlichkeitsakzentuierungen zeigten sich für die teilnehmenden Gutachterinnen und Gutachter nicht. Die gutachterliche Neutralitätsannahme kann daher für die untersuchten Teilstichproben als durch die Studienergebnisse gestützt gelten. Der Untersuchungsbefund stellt für die überwiegende Mehrheit der Gutachterinnen und Gutachter die maßgebliche Urteilsvariable bei der sozialmedizinischen Einschätzung der zeitlichen Restleistungsfähigkeit dar.

Zusammenfassung:

Die PEgL-Online-Studie zeigt das Ausmaß gutachterlicher Urteilsübereinstimmung in der Einschätzung des quantitativen Restleistungsvermögens bei Probanden im Antragsverfahren auf Erwerbsminderungsrente und beschreibt relevante Urteilsvariablen aus gutachterlicher Sicht.

Umsetzungsempfehlung:

Die im Rahmen der PEgL-Online-Studie konzipierten Fallvignetten wurden im Rahmen einer Kooperation mit der Abteilung für Hygiene-, Arbeits- und Sozialmedizin der Ruhr-Universität Bochum im Rahmen der sozialmedizinischen Lehre für Studierende der Humanmedizin eingesetzt. Die Fallvignetten dienten hier erfolgreich der sozialmedizinischen Fallarbeit und der Vermittlung sozialmedizinischen Wissens. Diese Erfahrungen könnten als Modell für eine breitere Implementation spezifischer, fallbezogener, sozialmedizinischer Fortbildungsinhalte für Gutachterinnen und Gutachter dienen.

Titel des Projektes:

Reha muss passen!

**Arbeitsplatzorientierte Optimierung der Kooperation zwischen
Rehabilitationsklinik und Betrieb (KoRB₂)**

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Jochen Heuer, Sarah Kedzia

Projektmitarbeiter: Dr. Albrecht Horschke

Abteilung: Münster

Laufzeit:

1. Januar 2010 bis 30. September 2012

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Ein Schlüsselfaktor zum Gelingen einer medizinischen Reha-Maßnahme ist die detaillierte Kenntnis des Arbeitsplatzes des Patienten. Dieses Wissen ist unverzichtbar, um die Therapie an den Anforderungen des Arbeitsplatzes auszurichten. Am Ende der Reha benötigen Betriebsärzte und Reha-Fachberater einen Entlassungsbericht mit konkreten arbeitsplatzbezogenen Inhalten und Empfehlungen, um diesen für die Wiedereingliederung bzw. für die Einleitung evtl. erforderlicher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nutzen zu können. Seit vielen Jahren ist aber bekannt, dass es an dieser – für den Reha-Erfolg so zentralen – Schnittstelle gravierende Umsetzungs- und Kommunikationsprobleme gibt. Dies trifft im Besonderen auf das Umfeld der kleinen und mittleren Betriebe (KMU) zu. Ziel der Studie war es, diese Schnittstellenproblematiken zu beseitigen bzw. zu verkleinern, um auf diesem Wege dem Rehabilitanden bessere Chancen auf den Erhalt seines Arbeitsplatzes zu eröffnen, den Betrieben die knapper werdende Ressource Arbeitskraft zu sichern und die Rentenversicherung von Kosten zu entlasten.

Methodisches Vorgehen:

Mit einem neuen systematischen Ansatz analysierte die KoRB₂-Studie die Probleme an der Schnittstelle, um nach Lösungen zu suchen und zu implementieren. Im Fokus stand dabei die Nutzung von Expertenwissen und Betroffenerenerfahrungen *aller* an der Schnittstelle agierenden Personengruppen. Erstmals explorierten Vertreter von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und den Berufsgenossenschaften, Reha-Kliniker, Betriebsärzte, Klinik-Sozialarbeiter und Reha-Fachberater gemeinsam in Fokusrunden Hindernisse und Unzulänglichkeiten der Kooperation Reha-Klinik ↔ Betriebe/ Betriebsarzt und entwickelten Vorschläge für ein effizienteres und effektiveres Zusammenspiel der beteiligten Akteure.

Ergebnisse:

Die den Kliniken vorliegenden Informationen über den Arbeitsplatz sind oft nicht ausreichend. Wünschenswert wären Arbeitsplatzbeschreibungen der zuständigen Betriebsärzte. Bekannt ist aber, dass die Betriebsärzte KMU in der Regel lediglich alle zwei bis drei Jahre besuchen. Um eine Arbeitsplatzbeschreibung erstellen zu können, müssten sie daher die Arbeitsplätze, die ihnen nicht hinreichend bekannt sind, eigens besuchen. Arbeitsplatzbeschreibungen durch die Betriebsärzte können daher nur in Ausnahmefällen erstellt werden. Um dennoch mehr und präzisere Informationen für die Reha-Kliniken verfügbar zu machen, wurde ein Patientenfragebogen zum Arbeitsplatz entwickelt, der sehr kleinteilig und präzise Gegebenheiten und Belastungen am Arbeitsplatz abfragt und so ein umfassendes und quasi objektives Bild des Arbeitsplatzes zeichnen kann. Ein zweiter Teil des Fragebogens soll psychische Erkrankungen oder psychische Belastungen am Arbeitsplatz aufdecken.

Bei unklaren beruflichen Konstellationen wird seitens der Reha-Kliniken weiterhin der Kontakt zum zuständigen Betriebsarzt gesucht werden. Diesen im Falle von KMU jedoch ausfindig zu machen, ist mitunter mit außerordentlich viel Aufwand verbunden. Es ist also wünschenswert, dass Name und Kontakte des zuständigen Betriebsarztes bei Reha-Antritt bereits *routinemäßig* vorliegen. Dazu wurde in den Expertenrunden ein einfaches und praktikables Verfahren entwickelt und in der Klinik Bad Wurzach getestet. Als Ergebnis liegen nun in deutlich mehr Fällen die Namen der Betriebsärzte auch für KMU vor. Die Reha-Entlassungsberichte werden häufig von den Arbeitsmedizinern kritisiert. Da die Aussagen des Entlassungsberichtes zum Arbeitsplatz nur so gut sein können, wie es die in den Kliniken vorliegende Arbeitsplatzbeschreibung zulässt, wurde die oben vorgestellte Arbeitsplatzbeschreibung so gestaltet, dass sie als entsprechende Unterstützung für den E-Bericht dienen kann und detaillierte Angaben zur Leistungsfähigkeit im konkreten Arbeitsumfeld ermöglicht.

Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlung:

Es wird erwartet, dass die beschriebenen Maßnahmen

- Einsatz einer detaillierten Arbeitsplatzbeschreibung für das Aufnahmegespräch und das Verfassen des Entlassungsberichtes
- Routinemäßiges Erfassen der Kontaktdaten des zuständigen Betriebsarztes

zu stärker arbeitsplatzorientierten Rehabilitationen, zu ggf. früheren Anbahnungen von Leistungen zur beruflichen Reha, zu mehr Wiedereingliederungen und zu weniger oder zumindest zeitlich verschobenen Erwerbsminderungsrenten führen werden. Somit können Arbeitgeber, Versicherte und Rentenversicherungsträger gleichermaßen profitieren.



Abteilung Norderney

Klinik Norderney

Kaiserstraße 26

26548 Nordseeheilbad Norderney

Telefon 04932 892-0

linik-norderney@t-online.de

www.klinik-norderney.de

Titel des Projektes:

Wiederherstellung von Aktivität und Partizipation in Abhängigkeit vom Aktivitätsprofil unter besonderer Berücksichtigung der psychovegetativen Erschöpfung

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: PD Dr. Friedhart Raschke (50 %), René Müller (50 %)

Projektmitarbeiter: Sonja Bähr, Susanne Widmer

Abteilung: Norderney

Laufzeit:

1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2012

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Das Projekt verfolgt eine spezielle bewegungssportbezogene Schulung während der Reha und deren Erfolgsmessung mittels Aktivitätstagebuch vier Wochen, drei und sechs Monate danach.

Methodisches Vorgehen:

Im letzten Jahr wurden 366 Patienten rekrutiert, von denen am Ende der Reha noch 338, nach vier Wochen noch 250 und nach dem derzeitigen Stand nach drei und sechs Monaten 136 bzw. 103 Patienten an der Studie teilnahmen.

Die Intervention besteht aus einer gesprächsgeführten Aktivierung für ein persönliches Bewegungsprogramm, allein oder in der Gruppe, das Körpererfahrung und Spaß an der Aktivität vermittelt und zuhause selbständig weitergeführt werden kann. Dieses Programm wird zusätzlich zum ‚normalen‘ Rehaprogramm der Klinik Norderney angeboten.

Die Patienten werden über die Rehateambesprechung rekrutiert. Zum Ablauf gehören Einverständniserklärung, Fragebogenbatterie (BDI, DEA, FS Chalder Scale & FSSKL-kurz), Aktivitätstagebuch und Information über den Ablauf. Am Montag der folgenden Woche findet ein Gruppengespräch (ca. 60 Minuten), am Mittwoch das erste K-Fit Training (ca. 45 Minuten) statt, in der zweiten Therapiewoche eine zweite K-Fit Trainingseinheit (ca. 45 Minuten) und am Ende ein Einzelgespräch (ca. 15 Minuten). Zum Reha-Ende werden erneut die Fragebogenbatterie und ein Evaluationsbogen vorgelegt. Sie werden auch vier Wochen, drei und sechs Monate nach der Reha zu Hause zugestellt; incl. eines Aktivitätstagebuchs zum Ausfüllen für jeweils eine Woche.

Ergebnisse:

Der mehrdimensionale Erschöpfungsindex belegt, dass durch die Intervention der Sporttherapie ein deutlicher Aktivierungsgewinn erzielt wird, der die erschöpften Patienten nahezu auf das Niveau der Kontrollgruppe anhebt und mindestens für sechs 6 Monate vorhält. Bei der Kontrollgruppe hingegen sind die Werte bereits nach einem halben Jahr unter denen des Ausgangswertes. Für den Faktor ‚Leistungsbereitschaft‘ aus dem FSSKL-Fragebogen zeigt sich ein ähnliches zeitliches Verhalten, jedoch gleicht sich die Leistungsbereitschaft nicht dem der Kontrollgruppe an.

Die Aktivitätstagebücher belegen, dass sowohl die gesellschaftliche Partizipation als auch die Fähigkeit zur individuellen aktiven Entspannung bei den Erschöpften deutlich zunimmt.

Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlung:

Obwohl die Studie erst am 31. Dezember 2012 beendet sein wird, zeigen die vorliegenden Daten bereits eindeutige Ergebnisse bezüglich einer langfristigen Wirksamkeit des gewählten Vorgehens zur Aktivierung von psychovegetativ Erschöpften mittels einer motivationsgestützten, Barriere-sensiblen, individuellen Bewegungstherapie, so wie sie z. B. auch im Bewegungsprogramm von Fuchs, Göhner & Seelig mit dem Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils 2007 entwickelt wurde.

Titel des Projektes:

Verbesserung von Patientenschulung durch Informations-technologie

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: PD Dr. Friedhart Raschke (50 %), René Müller (50 %)

Projektmitarbeiterin: Nicole Bonkhoff

Abteilung: Norderney

Laufzeit:

1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2011

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Es sollen didaktische und mediale Techniken von Patientenschulungsprogrammen über traditionelle und Technologie-gestützte Verfahren verglichen, evaluiert und hinsichtlich der Outcomes optimiert werden.

Methodisches Vorgehen:

- A. Zum Vergleich des Outcome von traditioneller Didaktik (Flipchart) mit der Kenntnisvermittlung per Power Point incl. Internet-Anwendungen wurde bei 53 COPD-Gruppen (38 rein edukativ, 15 zusätzlich auf IT ausgerichtet) mit je zehn bis 15 Teilnehmern die Abstimmmanlage TED eingesetzt.
- B. Es wurde der Kurz-Fragebogen für COPD [COPD-Assessment Test (CAT), acht Items.] zur Evaluation eingesetzt.
- C. Nutzung des Internet als Gesundheitsportal. Vorangegangene Ergebnisse haben gezeigt, dass sich die Nutzung von und der Bedarf für IT-Technologie bei der Powerpoint-Gruppe im Vergleich zur Flipchart-Gruppe stärker entwickelt. Dies wurde gezielt weiterverfolgt.

Ergebnisse:

- A. Es zeigte sich, dass die Lernerfolge trotz gestufter Didaktik vergleichbar sind und keine der beiden Präsentations-Arten der anderen eindeutig überlegen ist. Lediglich tendenzielle Unterschiede sind bei einzelnen Fragen im Lernerfolg zu verzeichnen.
- B. Der CAT konnte bei 308 Patienten eingesetzt werden. Bei der Hälfte der COPD-Patienten ergab sich eine Verbesserung ihrer Symptomatik. 29 % wiesen keine Veränderung, 20,4 % eine Verschlechterung auf. Der größte Effekt trat bei der körperlichen Leistungsfähigkeit (Treppe steigen) auf. Tendenziell ergab sich in der Gruppe ‚Internet-Kurs‘ eine geringer ausgeprägte Symptomatik. Ob hier ein Selektionsvorteil vorliegt (z. B. jüngeres Alter als Confounder) kann nur über Akteneinsicht geklärt werden.
- C. Es nahmen 239 Patienten am Internet-Angebot teil (70 % männlich, 30 % weiblich). Die Erwartungen bezüglich des Kurses zur Internetrecherche wurden in der Powerpoint-Gruppe stärker erfüllt als in der Flipchart-Gruppe. Besonders auffällig ist, dass nahezu die Hälfte der Patienten ihre PC-Kenntnisse als schlecht, 9,7 % als gut und 3,8 % als sehr gut einstufen. Das Internet wird derzeit nur von 55 % unserer Patienten genutzt, davon bei 47 % für Fragen zur Gesundheit. Der Bedarf, IT einzusetzen, war nach dem Kurs höchstsignifikant verbessert. 12 % hätten sich ‚mehr Zeit‘ und die Hälfte ‚häufigere Kurse mehr als zweimal während der Reha‘ gewünscht. 80 % waren mit ‚Art und Inhalt‘ des Kurses zufrieden.

Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlung:

Die Daten zeigen tendenzielle Technologie-Vorteile bei der Didaktik; jedoch erheblich geringere Bedarfe als erwartet. Für die Praxis erscheint demnach der sehr personalintensive Interneteinsatz derzeit nicht indiziert. Angesichts der rasanten technologischen Weiterentwicklung können jedoch mittelfristig auch andere Mengenverhältnisse auftreten.



Abteilung Bad Rothenfelde

Klinik Münsterland
Auf der Stöwwe 11
49214 Bad Rothenfelde
Telefon 05424 220-0
info@klinik-muensterland.de
www.klinik-muensterland.de

Abteilung Ennepetal

Klinik Königsfeld
Holthäuser Talstraße 2
58256 Ennepetal
Telefon 02333 9888-0
info-koenigsfeld@drv-westfalen.de
www.klinik-koenigsfeld.de

Titel des Projektes:**Betsi – Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern****Förderung:**

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V., Norderney,
Deutsche Rentenversicherung Bund,
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Stephanie Fröhlich, Dr. Jörg Kittel
Projektmitarbeiter: Ralph Niemeyer, Brigitte Wiesner
Abteilung: Bad Rothenfelde und Ennepetal

Laufzeit:

1. Januar 2009 bis 30. Juni 2012

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Eine höhere Lebenserwartung, die steigende Prävalenz chronischer Krankheiten sowie die Verlängerung der Lebensarbeitszeit der Beschäftigten sind Entwicklungen, denen sich auch die Rentenversicherung stellen muss. Dies führte zur Entwicklung des Betsi-Rahmenkonzepts, in welchem die Zugangskriterien, die Antragstellung, die zeitliche Struktur und die Ziele der neuen Präventionsleistung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) formuliert wurden. Die Intervention ist konzipiert für Arbeitnehmer mit beginnenden gesundheitlichen Störungen. Sie gliedert sich in eine kurze ganztägige Initialphase, eine acht bis 12-wöchige berufsbegleitende Phase und ein bis zwei Auffrischungstermine nach drei bzw. sechs Monaten. Die Teilnehmerauswahl erfolgt durch Betriebsärzte. Das Programm ist interdisziplinär und multimodal und soll gesundheitliche Risikofaktoren reduzieren. Ziel des Projektes ist die Einführung der berufsbegleitenden Präventionsleistung Betsi und ihre Evaluation durch Befragung von Teilnehmern, Betriebsärzten, Klinikern und Kostenträgern.

Methodisches Vorgehen:

Es handelt sich um eine Machbarkeitsstudie mit gleichzeitiger Langzeitevaluation an den vier Zentren: Klinik Münsterland in Bad Rothenfelde, Klinik Königsfeld in Ennepetal; Rehasentrum Bad Salzuflen und Rehaklinik Überruh in Isny. 249 Arbeitnehmer konnten in die Studie eingeschlossen werden und füllten zu fünf Zeitpunkten Fragebögen aus. Erhoben wurden u. a. gesundheitliche Risikofaktoren, Gesundheitsverhalten und die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit. 21 zuweisende Betriebsärzte wurden telefonisch interviewt. Im Rahmen der Prozessevaluation gaben elf Kliniker und Kostenträger per Fragebogen ihre Einschätzung zum Implementierungsprozess ab.

Ergebnisse:

Die Präventionsleistung Betsi konnte mit hohem organisatorischem Aufwand an den Modellstandorten implementiert werden. Gesundheitsbezogene Risikofaktoren waren auch noch ein Jahr nach Start der Maßnahme signifikant geringer ausgeprägt als zu Beginn der Maßnahme. Signifikante, nachhaltige Verbesserungen zeigten sich auch in den anderen Variablen. Die Betriebsärzte bewerteten ihre Rolle bei der Teilnehmerauswahl positiv und hielten das Programm für sehr wirksam. Sie erwarteten vor allem Hilfe zur Selbsthilfe und befürworteten den Bezug zum Arbeitsplatz sowie den schnellen Zugang. Ihrer Ansicht nach hätten etwa 50 % der Betsi-Teilnehmer ohne den Erhalt dieser Leistung später eine Reha-Maßnahme beantragen müssen. Probleme sahen sie noch in der Öffentlichkeitsarbeit und der Integration von Schichtarbeitern. Die Prozessevaluation zeigte, dass die Rekrutierung von interessierten Betrieben und Arbeitnehmern als schwierig empfunden wurde. Es wird gewünscht, dass Betsi eine Regelleistung wird, die an weiteren Standorten angeboten werden kann.

Zusammenfassung:

Die Präventionsleistung Betsi wurde in vier Kliniken implementiert. Sowohl Versicherte als auch Betriebsärzte nahmen die Maßnahme gut an. Die Evaluationsergebnisse sprechen für eine gelungene Teilnehmerauswahl und eine sehr gute und nachhaltige Wirksamkeit bei der Reduzierung gesundheitlicher Risikofaktoren und dem Aufbau gesünderer Verhaltensweisen.

Umsetzungsempfehlung:

Das Betsi-Programm könnte in weiteren Rehabilitationseinrichtungen angeboten werden. Hilfreich bei der Praxisumsetzung wären Hospitation bei den Modellkliniken, die Einrichtung einer Servicestelle Betsi bei der DRV, aufsuchende Information durch DRV und Kliniken in Betrieben und ein festes Betsi-Team mit regelmäßigen Besprechungen in den Kliniken. Die Darstellung des Betsi-Angebots sollte als „Win-Win-Win“-Strategie mit gemeinsamer Verantwortung aller Beteiligten dargestellt werden: der Arbeitgeber stellt den Arbeitnehmer an den Initialetagen frei, der Arbeitnehmer nimmt die zusätzliche Belastung neben der Arbeit diese Maßnahme anzutreten auf sich und die DRV kommt für die Kosten in der Rehabilitationseinrichtung auf. Dafür kann der Arbeitnehmer nachhaltig seinen Gesundheitszustand verbessern, der Arbeitgeber könnte länger einen leistungsfähigen Mitarbeiter beschäftigen und der Rentenversicherungsträger könnte ökonomisch durch eine reduzierte Wahrscheinlichkeit eines Rehabilitationsbedarfes oder einer frühzeitigen Berentung profitieren.

Publikationen – Auszug –

Abteilung Bad Driburg

- Jolivet, B.; Hillebrand, R.; Pauli, M.; Schwandt, H. J.; Fischer, H. (2012): Psychologische Betreuung und Reha-Erfolg bei Patienten mit Diabetes mellitus. In: DRV Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Hamburg, 05. – 07.03.2012. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 98), S. 430 – 431.
- Jolivet, B.; Fischer, H.; Rosemeyer, D. (2010): Patienten-Motivation und Erfolg der Adipositas-Rehabilitation. In: DRV Bund (Hg.): 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Leipzig, 08. – 10.03.2010. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 88), S. 455 – 456.
- Jolivet, B.; Fischer, H. (2009): Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei Reha-Bedarf und Reha-Zielen bei Patienten mit Morbus Crohn? In: DRV Bund (Hg.): 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Münster, 09. – 11.03.2009. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 83), S. 400 – 401.
- Fischer, H.; Jolivet, B. (2008): Krank und Arbeitslos: eine besondere Herausforderung für die Rehabilitation bei Patienten mit gastroenterologischen und Stoffwechsel-Erkrankungen. In: DRV Bund (Hg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung. 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bremen, 03. – 05.03.2008. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 77), S. 455 – 456.
- Jolivet, B.; Fischer, H.; Rosemeyer, D. (2008): Arbeitsplatzsituation der Typ 2-Diabetiker bei den Rehabilitanden der DRV Westfalen. In: DRV Bund (Hg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung. 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bremen, 03. – 05.03.2008. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 77), S. 456 – 457.

Abteilung Bad Rothenfelde

- Dibbelt, S. (2012): Alter, Geschlecht und Krankheitsbewältigung: Welche Merkmale von Rehabilitanden haben Einfluss auf die Qualität der Arzt-

Patienten-Interaktion?

In: DRV Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Hamburg, 05. – 07.03.2012. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 98), S. 131 – 133.

Dibbelt, S.; Wulfert, E.; Hotze, E.; Greitemann, B. (2012): Patient-Nurse-Communication in rehabilitation: How do patients and nurses evaluate their shared interaction? Vortrag auf der International Conference der European Association for Communication in Healthcare (Each). St. Andrews University, Scotland, UK, 04. – 07.09.2012.

Dibbelt, S.; Wulfert, E.; Hotze, E.; Greitemann, B. (2012): Patient-Nurse-Interaction in rehabilitation: Which tasks, conditions and required skills do nurses perceive in communication? Poster auf der International Conference der European Association for Communication in Healthcare (Each). St. Andrews University, Scotland, UK, 04. – 07.09.2012.

Fröhlich, S. M.; Greitemann, B.; Panning, S.; Kaiser, W. (2012): Das Rückenfit-Programm der Klinik Münsterland. In: Praxis Physiotherapie 3 (12), S. 148 – 152.

Fröhlich, S. M. (2012): Umsetzung des integrierten Orthopädisch-Psychosomatischen Konzepts „Rückenfit“. Vortrag im Rahmen der Satellitenveranstaltung Patientenschulung auf dem 21. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. Hamburg, 05. – 07.03.2012.

Fröhlich, S. M.; Kittel, J.; Kruse, N.; Olbrich, D.; Heilmeyer, P.; Greitemann, B.; Karoff, M. (2012): Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi): Ergebnisse der Interviews mit den zuweisenden Betriebs- und Werksärzten. In: DRV Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Hamburg, 05. – 07.03.2012. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 98), S. 266 – 267.

Greitemann, B.; Niemeyer, C.; Schaidhammer, M. (2012): Nachsorge: AHB-Patienten brauchen Krankengymnastik, HV-Patienten müssen trainieren – Stimmt das? Poster auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie. Berlin, 23. – 26.10.2012.

Greitemann, B.; Dibbelt, S.; Fröhlich, S.; Niemeyer, C. (2012). DGRW-Update: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems. Rehabilitation 2012; 51: 378 – 384.

- Niemeyer, C. (2012): Die orthopädischen ambulanten Folgeleistungen der DRV Westfalen – Ein Erfolgsmodell? Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Rehabilitation“ im Sommersemester 2012 am Institut für Rehabilitationsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Halle, 13.06.2012.
- Niemeyer, C.; Schaidhammer, M.; Greitemann, B. (2012): Sorge um die Nachsorge – Zur Wirksamkeit der ambulanten Folgeleistungen der DRV Westfalen.
In: DRV Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Hamburg, 05. – 07.03.2012. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 98), S. 37 – 39.
- Quatmann, M.; Dibbelt, S.; Greitemann, B.; Panning, S.; Kaiser, W.; Ilger, C.; Frische, M.; Fröhlich, S.; Ketteler, I. (2011): Rückenfit-Programm: Lebenslust statt Krankheitsfrust. Manual. Klinik Münsterland.
- Dibbelt, S.; Greitemann, B. (2011): Multimodale Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen: Konzepte, Wirksamkeit und Umsetzung.
In: Public Health Forum, 73, 19. Jahrgang, S. 9.e1 – 9.e3.
- Greitemann, B.; Fröhlich, S. M.; Niemeyer, R.; Karoff, M.; Kittel, J.; Wiesner, B. (2011): Betsi – Ein Modellprojekt. Vortrag auf der Strategiesitzung der DRV Nordbayern im Kloster Banz 2011.
- Kittel, J.; Fröhlich, S. M.; Karoff, M.; Greitemann, B. (2011): Präventionsleistungen der DRV: Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi). Vortrag auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Symposium NRW. Perspektivwechsel in der Kardiologie. Leichlingen, 08.04.2011.
- Kittel, J.; Fröhlich, S. M.; Karoff, M.; Greitemann, B. (2011): Präventionsangebote der Rentenversicherung: Erste Ergebnisse einer multizentrischen Evaluationsstudie zum Betsi-Rahmenkonzept der DRVen Bund, Westfalen und Baden-Württemberg. Vortrag auf der 38. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen. Berlin, 03.06.2011.
- Kittel, J.; Fröhlich, S. M.; Karoff, M.; Greitemann, B. (2011): Berufliche Teilhabe integrationsorientiert gestalten – Soziale Arbeit als Erfolgsfaktor für nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit. Vortrag auf dem Bundeskongress der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Münster, 13.10.2011.
- Kittel, J.; Fröhlich, S. M.; Kruse, N.; Olbrich, D.; Heilmeyer, P.; Greitemann, B.; Karoff, M. (2011): Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern

- (Betsi): Erste Ergebnisse aus den Modellprojekten.
In: DRV Bund (Hg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung. 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bochum, 14. – 16.03.2011. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 93), S. 247 – 248.
- Dibbelt, S.; Schaidhammer, M.; Fleischer, C.; Greitemann, B. (2010): Patient-Arzt-Interaktion in der Rehabilitation: Gibt es einen Zusammenhang zwischen wahrgenommener Interaktionsqualität und langfristigen Behandlungsergebnissen? In: Rehabilitation 49 (5), S. 315 – 325.
- Greitemann, B.; Fröhlich, S. M.; Niemeyer, R.; Karoff, M.; Kittel, J.; Wiesner, B. (2010): Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern: Betsi – ein Modellprojekt. Vortrag auf dem Europäischen Gesundheitskongress. München, 30.09.2010.
- Dibbelt, S.; Schaidhammer, M.; Fleischer, C.; Greitemann, B. (2009): Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. In: Patient Education and Counseling 76 (3), S. 328 – 335.
- Dibbelt, S.; Schaidhammer, M.; Greitemann, B. (2009): Schwierige Gespräche in der Rehabilitation: Effekte eines Interaktionstrainings für Ärzte.
In: DRV Bund (Hg.): 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Münster, 09. – 11.03.2009. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 83), S. 52 – 54.
- Niemeyer, C.; Schaidhammer, M.; Greitemann, B. (2009): Ambulante Folgeleistungen: Manche sollen sie haben, viele wollen sie haben – und wer bekommt sie tatsächlich?
In: DRV Bund (Hg.): 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Münster, 09. – 11.03.2009. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 83), S. 34 – 36.
- Fröhlich, S. M.; Greitemann, B.; Niemeyer, R. (2009): Langfristige Effekte eines multimodalen Behandlungsprogramms für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in der stationären orthopädischen Rehabilitation. In: DRV Bund (Hg.): 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Münster,

09. – 11.03.2009. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 83), S. 320 – 321.

Greitemann, B.; Fröhlich, S. M.; Niemeyer, R. (2009): Ist ein erfolgreiches verhaltensmodulierendes Programm in der Rehabilitation chronischer Rückenschmerzpatienten auf andere Kliniken implementierbar – Ergebnisse der RUM-/RUEVELA-Studien. Vortrag auf der 57. Jahrestagung der Vereinigung süddeutscher Orthopäden. Baden-Baden, 30.04. – 03.05.2009.

Büschel, C.; Greitemann, B.; Schaidhammer, M. (2008): Stellenwert der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL) in der sozialmedizinischen Begutachtung des Leistungsvermögens. Teil 1: Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft.
In: Der medizinische Sachverständige, 104 (5), S. 195 – 200.

Büschel, C.; Greitemann, B.; Schaidhammer, M. (2008): Stellenwert der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL) in der sozialmedizinischen Begutachtung des Leistungsvermögens. Teil 2: Eigene Ergebnisse zu Nutzen und Risiken des Verfahrens für Gutachter und Probanden.
In: Der medizinische Sachverständige, 104 (6), S. 211 – 219.

Dibbelt, S.; Schaidhammer, M.; Greitemann, B.; Fleischer, C. (2008): Patient-doctor-interaction in rehabilitation: How do patients and doctors perceive their shared interaction and does quality of interaction relate to treatment outcomes 6 months after discharge? Vortrag auf der International Conference on Communication in Healthcare. Oslo, Norway, 02. – 05.09.2008.

Dibbelt, S.; Schaidhammer, M.; Greitemann, B.; Fleischer, C. (2008): Patient-doctor-interaction in rehabilitation: The impact of interaction quality on treatment results. Vortrag auf dem 29. International Congress of Psychology. Berlin, 20. – 25.07.2008.

Fröhlich, S. M.; Greitemann, B. (2008): Motivation von Therapeuten und Ärzten in Rehabilitationskliniken. Ergebnisse einer qualitativen Befragung im Rahmen eines Implementierungsprojektes. Poster auf dem Motivationspsychologischen Kolloquium. Trier, 17. – 19.09.2008.

Fröhlich, S. M.; Greitemann, B.; Niemeyer, R. (2008): RUM-Projekt: Umsetzung des Integrierten Orthopädisch-Psychosomatischen Konzeptes in Rehabilitationskliniken.
In: DRV Bund (Hg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und

Individualisierung. 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bremen, 03. – 05.03.2009. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 77), S. 346 – 348.

Büschel, C.; Schaidhammer-Placke, M.; Greitemann, B. (2007): Welche Rolle kann ein technisches Verfahren wie die Evaluation der funktionalen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL) in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung spielen? In: Medizinisch-Orthopädische Technik 127 (4), S. 21 – 44. Ausgezeichnet mit dem MOT-Preis 2007.

Büschel, C.; Greitemann, B.; Schaidhammer-Placke, M. (2007): Worüber keiner spricht – Beschwerdezunahme bei EFL-Tests. Vortrag auf der 55. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden e. V., Baden-Baden, 26. – 29.04.2007.
In: Orthopädische Praxis, 43 (9), S. 499 – 503.

Dibbelt, S.; Greitemann, B. (2007): Patientenorientierte Indikationsstellung für Interventionen bei chronischen Rückenschmerzen. Vortrag auf der 55. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden e. V., Baden-Baden, 26. – 29.04.2007.

Dibbelt, S. (2007): Patienten-Arzt-Interaktion in der Rehabilitation: Wie bewerten Ärzte und Patienten die gemeinsamen Gespräche?
In: Orthopädische Praxis, 43 (10), S. 535 – 538.

Dibbelt, S. (2007): Patienten-Arzt-Interaktion: Auch ein „Schicht“-Problem?
In: Bauchredner. DCCV-Journal, 90 (3), S. 54 – 57.

Dibbelt, S. (2007): Patient-doctor interaction in rehabilitation: How do patients and doctors perceive and evaluate their shared interaction? Vortrag auf der 4th International Shared Decision Making Conference. Freiburg, 30.05. – 01.06.2007.

Greitemann, B.; Dibbelt, S.; Büschel, C. (2007): Bedarfsabhängige Zuweisung zu spezifischen Interventionen eines Rückenschulungsprogramms.
In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 75 (1), S. 40 – 43.

Fröhlich, S. M.; Niemeyer, R.; Greitemann, B. (2007): RUM-Projekt: Implementierung eines multimodalen Behandlungskonzepts zur Behandlung chronischer Rückenschmerzen.
In: Orthopädische Praxis, 43 (9), S. 482 – 488.

Abteilung Bad Salzuflen

Exner, A.-K.; Kähnert, H.; Leibbrand, B.; Biester, I.; Trapp, M.; Gharaei, D.; Niehues, C. (2012): Fruit, vegetable and red meat consumption before and after rehabilitation among breast cancer patients. In: P. Albers (Hg.): 30. Deutscher Krebskongress. 22. – 25.02.2012. Journal of Cancer Research and Clinical Oncology 138 (Suppl. 1). Berlin: Springer, S. 147.

Exner, A.-K.; Kähnert, H.; Leibbrand, B.; Biester, I.; Trapp, M.; Gharaei, D.; Niehues, C. (2012): Fruit, vegetable and red meat consumption before and after rehabilitation among breast cancer patients. 30. Deutscher Krebskongress vom 22. – 25.02.2012. Berlin, 2012.

Kähnert, H.; Exner, A.-K.; Leibbrand, B.; Biester, I.; Gharaei, D.; Niehues, C.; Trapp, M. (2012): Einfluss der INOP – Intervention zur Handlungs-Bewältigungsplanung auf das Bewegungsverhalten von Brustkrebspatientinnen. Profitieren alle Patientinnen gleichermaßen? In: DRV Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Hamburg, 05. – 07.03.2012. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 98), S. 419 – 420.

Kähnert, H.; Exner, A.-K.; Leibbrand, B.; Biester, I.; Trapp, M.; Gharaei, D.; Niehues, C. (2012): Effects of a longitudinal intervention study on physical exercise and functional capability in workaday and occupation following oncologic rehabilitation. 30. Deutscher Krebskongress vom 22. – 25.02.2012. Berlin, 2012.

Kähnert, H.; Exner, A.-K.; Leibbrand, B.; Biester, I.; Trapp, M.; Gharaei, D.; Niehues, C. (2012): Effects of a longitudinal intervention study on physical exercise and functional capability in workaday and occupation following oncologic rehabilitation. In: P. Albers (Hg.): 30. Deutscher Krebskongress. 22. – 25.02.2012. Journal of Cancer Research and Clinical Oncology 138 (Suppl. 1). Berlin: Springer, S. 18.

Preßmann, P. F. (2012): Medizinisch-beruflich orientierte orthopädische Rehabilitation für Bauhandwerker sowie tätigkeits- und belastungsähnliche Berufsgruppen. Erste Zwischenergebnisse der NABEOR-Studie. In: DRV Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Hamburg, 05. – 07.03.2012. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 98), S. 199 – 201.

Kähnert, H.; Exner, A.-K.; Leibbrand, B.; Biester, I.; Kalusche, E.-M.; Koller, B.; Niehues, C. (2011): Einfluss einer stationären Rehabilitation auf das Sportverhalten und die sozialkognitiven Ressourcen von Brustkrebspatientinnen. In: DRV Bund (Hg.): 20. Rehabilitationswissenschaft-

liches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung. 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bochum, 14. – 16.03.2011. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 93), S. 419 – 421.

- Kähnert, H.; Exner, A.-K.; Leibbrand, B. (2010): Körperliche Aktivität als integrale Therapie bei der Versorgung von Brustkrebspatientinnen. In: Journal Onkologie 10 (3), S. 146 – 150.
- Kähnert, H.; Exner, A.-K.; Leibbrand, B.; Biester, I.; Gärtner, U.; Kalusche, E.-M. et al. (2010): Effects of physical activity on pain and shoulder function of breast cancer patients. Can physical activity sustain the success of rehabilitation? In: Onkologie 33 (Suppl. 2), S. 193.
- Kähnert, H.; Exner, A.-K.; Leibbrand, B.; Biester, I.; Gärtner, U.; Kalusche, E.-M. et al. (2010): Einfluss von körperlicher Aktivität auf Schmerzerleben, Schulterbeweglichkeit und Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen nach Abschluss einer Rehabilitation. In: DRV Bund (Hg.): 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Leipzig, 08. – 10.03.2010. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 88), S. 448 – 449.
- Kähnert, H.; Exner, A.-K.; Leibbrand, B.; Biester, I.; Gärtner, U.; Kalusche, E.-M. et al. (2010): Kann Nordic Walking ein sekundäres Armlymphödem bei Brustkrebspatientinnen auslösen? In: DRV Bund (Hg.): 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Leipzig, 08. – 10.03.2010. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 88), S. 452 – 454.
- Kähnert, H.; Exner, A.-K.; Leibbrand, B.; Niehues, C.; Kalusche, E.-M.; Koller, B. et al. (2009): Auswirkungen der Sportarten Nordic Walking und Walking auf Schulterbeweglichkeit und Schmerzintensität bei Brustkrebspatientinnen. In: DRV Bund (Hg.): 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Münster, 09. – 11.03.2009. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 83), S. 385 – 387.

Abteilung Ennepetal

- Karoff, J.; Kittel, J.; Karoff, M. (2012): Vergleich von bypass- und herzklappenoperierten Rehabilitanden hinsichtlich relevanter Outcomekriterien: Ergebnisse der 6-Monats-Katamnese. In: DRV Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium.

Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Hamburg, 05. – 07.03.2012. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 98), S. 392 – 394.

Huber, D.; Kittel, J.; Karoff, J.; Karoff, M. (2011): Evaluation von berufsorientierten stationären und poststationären Maßnahmen bei kardiologischen Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemen. Kurz: Berufsbezogene Rehabilitation und Nachsorge (BERUNA-Studie). In: DRV Bund (Hg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung. 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bochum, 14. – 16.03.2011. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 93), S. 192 – 194.

Karoff, J.; Kittel, J.; Huber, D.; Karoff, M. (2011): Ein Vergleich von by-pass- und herzklappenoperierten Rehabilitanden hinsichtlich relevanter Outcomekriterien: Zwischenergebnisse einer laufenden Erhebung. In: DRV Bund (Hg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung. 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bochum, 14. – 16.03.2011. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 93), S. 380 – 381.

Kittel, J.; Fröhlich, S.; Kruse, N.; Olbrich, D.; Heilmeyer, P.; Greitemann, B.; Karoff, M. (2011): Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi): Erste Ergebnisse aus den Modellprojekten. In: DRV Bund (Hg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung. 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bochum, 14. – 16.03.2011. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 93), S. 247 – 248.

Huber, D.; Kittel, J.; Hoberg, E.; Hoerschelmann, N. von; Karoff, M. (2010): Evaluation von berufsorientierten stationären und poststationären Maßnahmen bei kardiologischen Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemen (BERUNA-Studie). In: DRV Bund (Hg.): 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Leipzig, 08. – 10.03.2010. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 88), S. 424 – 426.

Karoff, M.; Huber, D.; Karoff, J.; Kittel, J. (2010): DGRW-Update: Rehabilitation bei Herz-Kreislaufkrankungen. Was gibt es Neues in der kardiologischen Rehabilitation? In: Rehabilitation 49 (4), S. 207 – 216.

Hinz, A.; Kittel, J.; Zenger, M. (2009): Was bedeutet die Änderungssensitivität eines klinisch-psychologischen Fragebogens? In: Verhaltenstherapie 19 (Suppl. 1), S. 33.

- Hinz, A.; Zenger, M.; Kittel, J. (2009): Wie können Veränderungen von Angst und Depressivität reliabel erfasst werden?
In: Psychologische Medizin 20 (2), S. 114.
- Hinz, A.; Zweynert, U.; Kittel, J.; Igl, W.; Schwarz, R. (2009): Veränderungsmessung mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Änderungssensitivität und Änderungsreliabilität.
In: Psychother. Psych. Med. 59 (11), S. 394 – 400.
- Karoff, M. (2009): Rehabilitation nach Herzklappenoperationen.
In: DRV Bund (Hg.): 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Münster, 09. – 11.03.2009. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 83), S. 358 – 359.
- Kittel, J.; Gödecker-Geenen, N.; Karoff, M. (2009): Kardiologie.
In: A. Hillert, W. Müller-Fahrnow und F. M. Radoschewski (Hg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Dt. Ärzte-Verl. (Rehabilitation), S. 274 – 287.
- Kittel, J.; Hinz, A.; Karoff, M. (2009): Welche Effekte der Rehabilitation lassen sich mit der HADS abbilden?
In: Herzmedizin 26 (2), S. 88.
- Michalski, D.; Zweynert, U.; Kittel, J.; Hinz, A. (2009): Schmerz und -verhalten während der orthopädischen Rehabilitation.
In: Der Schmerz 23 (4), S. 360 – 369.
- Zweynert, U.; Michalski, D.; Kittel, J.; Hinz, A. (2009): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten der orthopädischen Rehabilitation.
In: Phys. Rehab. Kur. Med. 19 (3), S. 133 – 141.

Abteilung Münster

- Bahmer, J.; Meisel, S.; Horschke, A. (2012): Projekt zur Erfassung der Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung im Antragsverfahren auf Erwerbsminderungsrente („PEgL“). Ergebnisse einer Online-Studie der Begutachtungsforschung im Indikationsbereich Orthopädie. In: DRV Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Hamburg, 05. – 07.03.2012. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 98), S. 287 – 288.
- Heuer, J.; Kedzia, S.; Horschke, A. (2012): Reha muss passen! Arbeitsplatzorientierte Optimierung der Kooperation zwischen Rehabilitationsklinik

- und kleinen und mittleren Betrieben (KoRB₂).
In: DRV Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Hamburg, 05. – 07.03.2012. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 98), S. 191 – 193.
- Kedzia, S.; Heuer, J.; Gebauer, E.; Horschke, A. (2012): ARentA – Erwerbsminderungsrente abgelehnt! – Was wird aus den Antragstellern? Eine Analyse der gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Entwicklung von Antragstellern zwei Jahre nach Ablehnung des EM-Rentenantrags.
In: DRV Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Hamburg, 05. – 07.03.2012. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 98), S. 280 – 281.
- Bahmer, J.; Meisel, S.; Gebauer, E.; Horschke, A. (2011): Social Medical Reasoning on Disability Pensions – the „PeGL“-Online-Survey.
In: Eur. J. of Phys. and Rehab. Med. 47 (Suppl. 1), S. 20.
- Heuer, J.; Hesse, B.; Gebauer, E. (2011): Rehabilitation als Element des betrieblichen Gesundheitsmanagements in kleineren und mittleren Unternehmen. In: Public Health Forum 19 (4), S. 15.e1 – 15.e3.
- Heuer, J.; Hesse, B.; Gebauer, E. (2011): Rehabilitation in the View of Small and Midsized Enterprises: Knowledge, Appreciation and Possibilities to Cooperate – Results of the KoRB-Project.
In: Eur. J. of Phys. and Rehab. Med. 47 (Suppl. 1), S. 38.
- Kedzia, S.; Heuer, J.; Gebauer, E. (2011): ARentA – Disability Pension denied! What about the applicants? Analysis of the Development of Social, Occupational and Illness Related Factors two years after Denial of the Disability Pensions.
In: Eur. J. of Phys. and Rehab. Med. 47 (Suppl. 1), S. 9.
- Bahmer, J.; Meisel, S.; Hesse, B.; Gebauer, E. (2010): Projekt zur Erfassung der Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung (PEgL) Chancen sozialmedizinischer Begutachtungsforschung für die Praxis.
In: Der Medizinische Sachverständige 106 (6), S. 255 – 256, zuletzt geprüft am 09.11.2011.
- Kedzia, S.; Heuer, J.; Gebauer, E. (2010): ARentA – Erwerbsminderungsrente abgelehnt! Was wird aus den Antragsstellern? Eine Analyse der gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Entwicklung von Antragsstellern zwei Jahre nach Ablehnung des EM-Rentenantrags.
In: DRV Bund (Hg.): 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. 19.

Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Leipzig, 08. – 10.03.2010.
DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 88), S. 322 – 323.

Heuer, J.; Hesse, B.; Gebauer, E. (2009): Älter, kränker, verbrauchter – Und doch lieber keine Reha? Rehabilitationsbedürftigkeit und Reha-Antragsverhalten bei Versicherten der DRV Westfalen aus kleinen und mittleren Unternehmen – Ergebnisse aus der KoRB-Studie.
In: Th Kraus (Hg.): Dt. Ges. f. Arbeitsmedizin und Umweltmedizin. 49. Jahrestagung vom 11. – 14.03.2009 in Aachen. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 44 (3), S. 129.

Hesse, B.; Heuer, J.; Gebauer, E. (2008): Rehabilitation aus Sicht kleiner und mittlerer Unternehmen: Wissen, Wertschätzung und Kooperationsmöglichkeiten – Ergebnisse des KoRB-Projektes.
In: Rehabilitation 47 (6), S. 324 – 333.

Heuer, J.; Hesse, B.; Gebauer, E. (2008): Lieber keine Reha? Rehabilitationsbedürftigkeit und Reha-Antragsverhalten bei Versicherten der DRV Westfalen aus kleinen und mittleren Unternehmen – Ergebnisse aus der KoRB-Studie.
In: DRV Bund (Hg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung. 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bremen, 03. – 05.03.2008. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 77), S. 183 – 185.

Kobelt, A.; Grosch, E.; Hesse, B.; Gebauer, E.; Gutenbrunner, C. (2008): Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden? In: Psychother. Psych. Med. 58 (8), S. 273 – 208.

Abteilung Norderney

Bähr, S.; Raschke, F. (2012): Aktivität und Freizeitverhalten bei chronisch psychovegetativ Erschöpften während und nach Reha.
In: K. Eckert und P. Wagner (Hg.): Ressource Bewegung – Herausforderungen für Gesundheit- und Sportsystem sowie Wissenschaft. 15. Jahrestagung. Leipzig, 20. – 21.09.2012. Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft. Hamburg: Feldhaus (Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft, 224), S. 29.

Fischer, J.; Dogas, Z.; Bassetti, C.; Berg, S.; Grote, L.; Jennum, P. et al. (2012): Standard procedures for adults in accredited sleep medicine centres in Europe. In: J. Sleep Res. 21 (4), S. 357 – 368.

- Raschke, F. (2012): Medizinische Rehabilitation. Kap. XV-3.3.
In: H. Schulz (Hg.): Kompendium Schlafmedizin für Ausbildung, Klinik und Praxis. Landsberg/Lech: ecomed, S. 1 – 4.
- Raschke, F.; Miksch, F.; Fischer, J. (2012): Entwicklung von Schmerzstatus, Schlafstörungen und psycho-physischer Leistungsfähigkeit bei orthopädischen Erkrankungen während der medizinischen Rehabilitation.
In: DRV Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Hamburg, 05. – 07.03.2012. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 98), S. 372 – 373.
- Bähr, S.; Raschke, F.; Fischer, J. (2011): Einfluss von Schlafstörung, Alter und Geschlecht auf den Energieumsatz im Tagesgang.
In: Somnologie 15 (Sonderheft 1), S. 10.
- Bähr, S.; Raschke, F.; Fischer, J. (2011): Validierung eines Aktivitätstagebuchs mittels metabolischem Monitor bei psychovegetativ Erschöpften.
In: DRV Bund (Hg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung. 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bochum, 14. – 16.03.2011. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 93), S. 461 – 462.
- Fischer, J. (2011): Krankheiten der Atmungsorgane.
In: DRV Bund (Hg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Aufl. Wiesbaden: Springer, S. 341 – 361.
- Fischer, J. (2011): Leistungsfähigkeit und Schlaf. Editorial.
In: Somnologie 15 (4), S. 197 – 198.
- Mayer, G.; Fietze, I.; Fischer, J.; Penzel, T.; Riemann, D.; Rodenbeck, A. et al. (2011): S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kurzfassung. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Raschke, F. (2011): PSG-Praxis in Deutschland – Update 2011.
In: Somnologie 15 (Sonderheft 1), S. 54.
- Raschke, F. (2011): EMG-Arousals. Kap. I-9.2.2.
In: H. Schulz (Hg.): Kompendium Schlafmedizin für Ausbildung, Klinik und Praxis. Landsberg/Lech: ecomed, S. 1 – 6.
- Raschke, F. (2011): Kardiorespiratorische Arousals. Kap. I-9.2.3.
In: H. Schulz (Hg.): Kompendium Schlafmedizin für Ausbildung, Klinik und Praxis. Landsberg/Lech: ecomed, S. 1 – 6.

- Raschke, F.; Schneider, M.; Fischer, J. (2011): Beurteilung der Dimensionen Leistung und Leistungsfähigkeit in der ICF bei Patienten mit COPD. In: DRV Bund (Hg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung. 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bochum, 14. – 16.03.2011. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 93), S. 99 – 101.
- Bähr, S.; Raschke, F.; Fischer, J. (2010): Energieumsatz mittels Actiheart im Schlaf.
In: Somnologie 14 (Suppl. 1), S. 10.
- Bähr, S.; Raschke, F.; Fischer, J. (2010): Wiederherstellung von Aktivität und Partizipation in Abhängigkeit vom Aktivitätsprofil bei psychovegetativer Erschöpfung.
In: DRV Bund (Hg.): 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Leipzig, 08. – 10.03.2010. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 88), S. 110 – 112.
- Fischer, J. (2010): Gut durch den Winter trotz chronischer Bronchitis.
In: Pharm. Ztg. 155, 2010 (38), S. 10.
- Fischer, J.; Heitmann, R. H.; Lepthin, H. J.; Raschke, F.; Scherer, W.; Schnabel, M. et al. (2010): Therapiezielorientierte Rehabilitationsleitlinie bei Patienten mit Asthma bronchiale.
In: Pneumologie 64 (Suppl. 3), S. 160.
- Fischer, J.; Raschke, F. (2010): Die Bedeutung der klinischen Symptomatik für das Ausmaß der Insomnie bei Patienten mit Asthma bronchiale und COPD.
In: Pneumologie 64 (10), S. 657 – 658.
- Raschke, F. (2010): Clinical Significance of Cardiorespiratory Arousals.
In: Somnologie 14 (Suppl. 1), S. 4.
- Raschke, F. (2010): Musterverordnungen für Befeuchtungssysteme: Qualitätsstandards der Versorgung mit CPAP-Geräten und des notwendigen Zubehörs (Maskensysteme, Auslassventile, Bänderungen, etc.).
In: Somnologie 14 (Suppl. 1), S. 36.
- Raschke, F. (2010): Schlaf und Energieumsatz – aktuelle Messverfahren.
In: Somnologie 14 (Suppl. 1), S. 27.
- Raschke, F.; Miksch, F.; Fischer, J. (2010): Schlafstörungen in der ICF bei Atemwegs- und orthopädischen Erkrankungen.
In: DRV Bund (Hg.): 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium.

Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. 19.
Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Leipzig, 08. – 10.03.2010.
DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 88), S. 153 – 155.

Fischer, J. (2009): Kriterien der Schlafqualität.

In: Dtsch. Med. Wschr. 134 (Suppl. 4), S. 124 – 126.

Horlemann, J.; Blume, H.; Fischer, J.; Schwarz, W.; Vauth, C.; Ziegel-
gänsberger, W. (2009): Schlafqualität wichtiger Faktor bei chronischen
Schmerzen. Fazit für die Anwender. Kommentar.

In: Dtsch. Med. Wschr. 134 (Suppl. 4), S. 148 – 150.

Mayer, G.; Fietze, I.; Fischer, J.; Penzel, T.; Riemann, D.; Rodenbeck, A. et
al. (Hg.) (2009): S3-Leitlinie – Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen.
Somnologie 13 (Suppl. 1).

Merget, R.; Fischer, J. (2009): Lungen- und Atemwegserkrankungen.

In: F. Mehrhoff und H.-M. Schian (Hg.): Zurück in den Beruf. Betriebliche
Eingliederung richtig managen. Berlin: de Gruyter, S. 99 – 109.

Pevernagie, D.; Stanley, N.; Berg, S.; Krieger, J.; Amici, R.; Bassetti, C. et
al. (2009): European Guidelines for the certification of professionals in
sleep medicine: report of the task force of the European Sleep Research
Society. In: J. Sleep Res. 18 (1), S. 136 – 141.

Raschke, F. (2009): Apnoe- und Hypopnoe-Detektion – Verfahren, Senso-
ren, Genauigkeit. In: Somnologie 13 (Suppl. 2), S. 17 – 18.

Raschke, F.; Gottwald, N.; Fischer, J. (2009): Auswirkung von psycho-
vegetativer Erschöpfung auf Aktivität und Partizipation.

In: DRV Bund (Hg.): 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium.
Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung.
18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Münster,
09. – 11.03.2009. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 83),
S. 426 – 427.

Fischer, J. (2008): Dicke Luft am Tresen. Rauchverbot in Kneipen: Gesund-
heit oder Umsatz? Dialog. In: Zukunft jetzt 3 (1), S. 30 – 32.

Fischer, J. (2008): Langsamer Verfall. COPD: Wenn die chronische Entzün-
dung in der Lunge einmal ausbricht, gibt es keine Heilung mehr. Aus
diesem Grund ist Vorbeugen so wichtig.

In: Apotheken Umschau (A09), S. 18 – 21.

- Fischer, J. (2008): Pneumologische Rehabilitation.
In: H. Matthys und W. Seeger (Hg.): Klinische Pneumologie. 4. Aufl.
Berlin, Heidelberg: Springer, S. 717 – 727.
- Fischer, J.; Raschke, F. (2008): Wieviel ist erholsamer Schlaf wert?
In: Pneumologie 62 (8), S. 495.
- Gottwald, N.; Raschke, F.; Fischer, J. (2008): Erschöpfung und Aktivierungstherapie – Entwicklung einer Aktivitäts- und Partizipationsskala.
In: DRV Bund (Hg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung. 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bremen, 03. – 05.03.2008. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 77), S. 501 – 502.
- Raschke, F. (2008): Messung der Tagesschläfrigkeit.
In: Somnologie 12 (Suppl. 1), S. 19.
- Raschke, F. (2008): Ungereimtheiten der „Respiratory Rules“.
In: Somnologie 12 (Suppl. 1), S. 14.
- Raschke, F.; Fischer, J. (2008): Atmungsregulation unter Druck?
In: Somnologie 12 (Suppl. 1), S. 21 – 22.
- Raschke, F.; Fischer, J. (2008): Ursachen der komplexen Schlafapnoe.
In: Pneumologie 62 (8), S. 497.
- Raschke, F.; Kügler, N.; Fischer, J. (2008): Arbeiten bis 67 – Erwartungen und Lebensziele von Patienten der Medizinischen Rehabilitation.
In: DRV Bund (Hg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung. 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bremen, 03. – 05.03.2008. DRV Bund. Berlin: Eigenverlag (DRV-Schriften, 77), S. 221 – 223.
- VFR (2008): Symposium: Strategien der Rehabilitationsforschung. 20 Jahre Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney, 03. – 04.11.2008. Institut für Rehabilitationsforschung Norderney.

