



VFR

Forschungsbericht

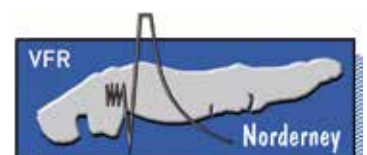
Ausgabe 2014

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	
– Randomisierte-kontrollierte Evaluationsstudie eines neu konzipierten psycho-diabetologischen Rehabilitationskonzeptes für Patienten mit Diabetes mellitus und psychischen Belastungen im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (EDIP)	10
– Ernährungsmedizinische Reha-Nachbetreuung mangelernährter Patienten bei ausgewählten Tumorerkrankungen (Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Pankreaskarzinom) und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen	12
Abteilung Bad Rothenfelde	
– Das Integrierte orthopädisch-psychosomatische Konzept der Klinik Münsterland - Entwicklung und Evaluation (IopKo)	16
– 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	18
– 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)	20
– Mig Back – Migration and Back pain: Übersetzung und Testlauf des Örebro MusculoskeletalPainQuestionnaire (ÖMPQ) bei Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund	22
– Optimierung pflegerischer Patientenkontakte in der medizinischen Rehabilitation: Entwicklung und Evaluation eines berufsbegleitenden Trainings kommunikativer Fertigkeiten für Pflegenden (Optippar II)	24
– Erstellung eines Manuals für das Rückenfit-Programm (RüMan)	26
– TeNoR – Telefonische Nachsorge in der orthopädischen Rehabilitation: Entwicklung und Erprobung eines interdisziplinären Konzeptes für MBOR-Rehabilitanden (Machbarkeitsstudie)	28
– Pro MBOR - Formative Prozessevaluation und Aufwandsanalyse der medizinisch-beruflichen Rehabilitation im Kompetenzzentrum Bad Rothenfelde	30
– Verbesserung der Vorbereitung von orthopädischen Rehabilitanden auf die Rehabilitation durch diagnosegruppenspezifische Information im Vorfeld (Reha-Info – Re.In!)	32

Abteilung Bad Salzuflen

- Individuelle Nachsorge onkologischer Patienten. Konzeption und Evaluation von nachsorgebezogenen Interventionen zur langfristigen Verstetigung von Rehabilitationserfolgen (INOP) 36
- Evaluation der Nachhaltigkeit einer berufsorientierten Rehabilitation am Beispiel des RehaBau-Projektes für Bauhandwerker (NABEOR) 38
- Pilotstudie Wunschgewicht: Evaluation eines Beratungs- und Schulungsprogramms für übergewichtige und adipöse Patienten im Rahmen einer stationären Rehabilitation (WuGe) 40
- Berufsorientierte Intervention für onkologische Rehabilitanden (BIOR): Konzeption und Evaluation einer berufsorientierten Intervention in der onkologischen Rehabilitation (Pilotstudie) 42
- Optimierung von medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitations-Prozessen und Identifikation von Indikatoren guter Praxis (OptiPro) 44

Abteilung Ennepetal

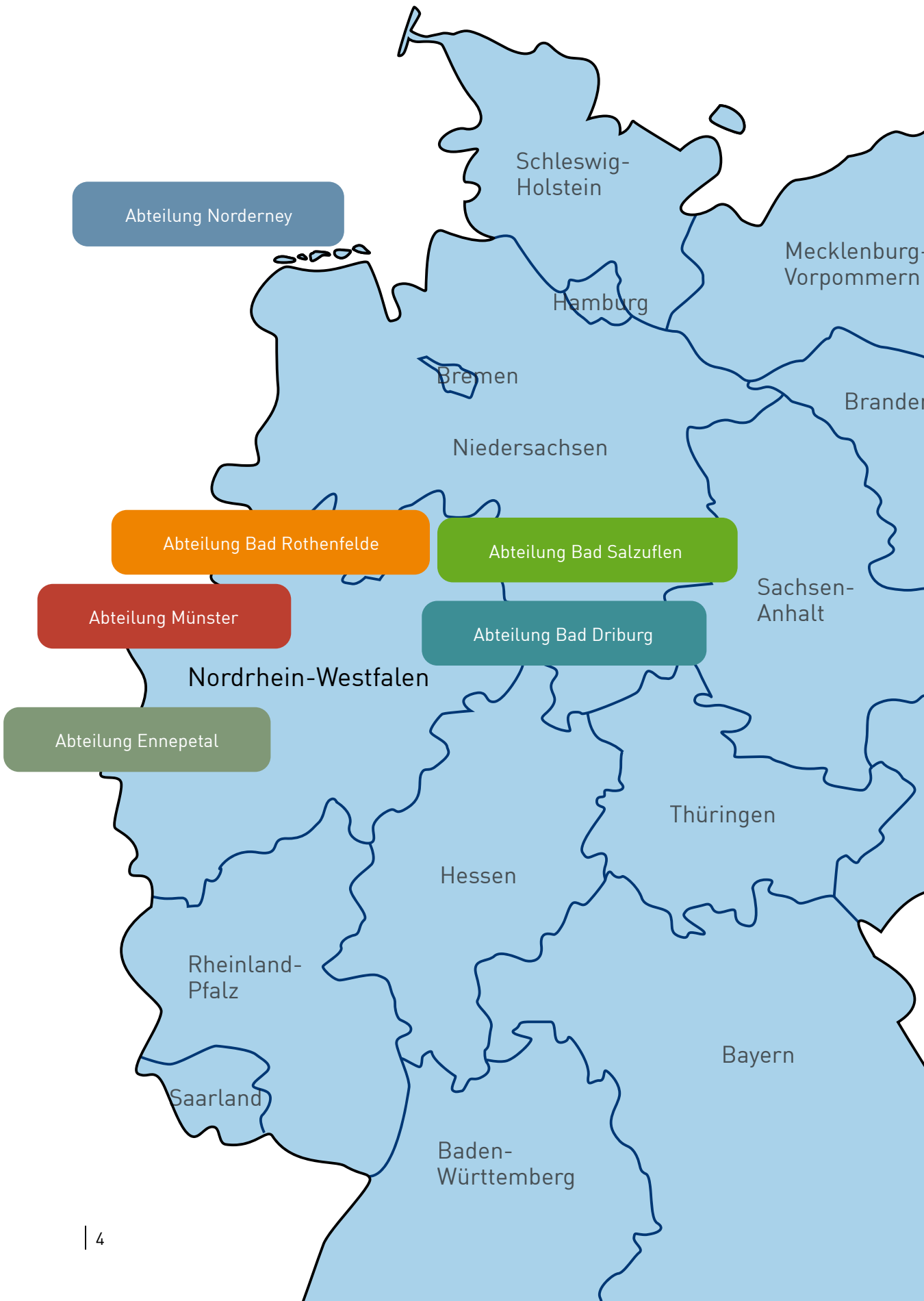
- Diabetes-Intervention mit kohlenhydratreduzierter Ernährung (DIKE): Randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie zum Vergleich von kohlenhydratreduzierter Kost mit leitliniengemäßer Diabetikerkost in der Therapie des Diabetes mellitus-Typ-2 48
- Berufsorientierte Präventionsangebote für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben (BOP) 50

Abteilung Münster

- Erwerbsminderungsrente abgelehnt! Was wird aus den Antragstellern? Eine Analyse der gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Entwicklung von Antragstellern zwei Jahre nach Ablehnung des EM-Rentantrags (ARentA) 54
- Evaluation der modifizierten und weiterentwickelten Psychosomatischen Rehabilitationsnachsorge (PRN) der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (PRN2) 56
- Berentung aufgrund transitiver oder leichter Störungsbilder (BaltS) 58

Abteilung Norderney

- Entwicklung eines Prognosemodells zur Vorhersage des zukünftigen Reha-Bedarfs bei ausgewählten Diagnosegruppen im Bereich der DRV Westfalen (ProgReB) 62
- Mental Fit mit Bewegungstherapie „SynFit“ (Machbarkeitsstudie) 64



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

Christian Schöppner, Mitglied der Geschäftsführung der DRV Westfalen

Thomas Keck, Vorsitzender der Geschäftsführung der DRV Westfalen

Geschäftsführer:

Franz-Josef Muhmann

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,

Rehabilitationsforschung ist eine wichtige Aufgabe der eigenen Kliniken der DRV Westfalen. Hierdurch sollen Rehabilitationskonzepte und –ansätze erarbeitet, deren Effekte evaluiert und Ideen für Umsetzungen in die breitere Rehabilitationspraxis generiert werden, um die Versorgung der Rehabilitanden zu verbessern.

Der VFR Norderney ist einer der traditionsreichsten und erfahreinsten Forschungsvereine der Deutschen Rentenversicherung und hat im Rahmen zahlreicher Projekte wichtige Inputs in das Rehabilitationsgeschehen geben können.

Mit dieser Broschüre stellt der Verein für Rehabilitationsforschung Norderney seinen 2. Berichtsband vor, der – wie der Vorgänger – einer breiten Öffentlichkeit, vor allem aber unserer Selbstverwaltung die Forschungsbereiche und –ergebnisse darlegen soll. Daher wurde bewusst auf eine detaillierte wissenschaftliche Projektdarstellung zu Gunsten einer besseren Verständlichkeit verzichtet.

Der Vorstand des VFR freut sich, mit dieser Broschüre einen Überblick über das Forschungsgeschehen des VFR und möglicher Umsetzungsideen geben zu können.



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



Christian Schöppner
Vorstand
VFR e. V. Norderney



Franz-Josef Muhmann
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:

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

Abteilung: Bad Driburg

Laufzeit:

1. Januar 2012 bis 30. Juni 2015

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 (AU-Zeiten, 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: 4 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 (IG) an einem Psychotherapieprogramm teil (12 Gruppensitzungen basierend sowohl auf edukativen Anteilen als auch auf therapeutisch geleiteten Gruppeninteraktionen, mindestens 5 Einzelsitzungen). Die Patienten der Kontrollgruppe (KG) 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:

Bis dato (Mai 2014) wurden 711 Patienten angeschrieben. 284 Patienten lehnten die Teilnahme ab bzw. antworteten auf das Schreiben nicht. 44 Patienten mussten aus organisatorischen oder Verwaltungs-Gründen ausgeschlossen werden. 91 Patienten waren nicht geeignet (psychologische Scores unauffällig). Es konnten 284 Patienten randomisiert werden (KG: 139, IG: 145). Bis jetzt führten wir 14 Kontrollgruppen mit insgesamt 111 Patienten und 15 Interventionsgruppen mit 124 Patienten durch. Die 6-monatige Katamnese zeigt eine gute Rückmeldungsquote: 138 Patienten (KG: 71, IG: 67) sind komplett abgeschlossen.

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-Rentantragstellung) 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.

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

Projektmitarbeiter: Anne Lücking,

Abteilung: Bad Driburg

Laufzeit:

1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2014

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 2000 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 6 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, Bauch-

speicheldrüse) 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 6 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, AU-Zeiten, 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:

Seit Januar 2012 erfolgt eine kontinuierliche Rekrutierung, Randomisierung und Datenerhebung nach 3 und 6 Monaten in Kontroll- und Interventionsgruppe sowie die Reha-Nachbetreuung der Interventionsgruppe. Bis dato (5/2014) konnten 253 Patienten eingeschlossen werden. Die Drop-Out-Quote liegt zurzeit bei ca. 16 %. 173 Patienten sind bereits abgeschlossen. Wir gehen davon aus, dass wir mit den eingeschlossenen Patienten (abzüglich Drop-Out) die geplante Fallzahl von 220 Datensätzen erreichen werden.

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.



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 Einrichtungen:

Klinik Münsterland der DRV 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 10 Monate danach in der Studiengruppe stärker reduziert als in der Vergleichsgruppe. Die Arbeitsunfähigkeitstage hatten sich 10 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 wurde nachgewiesen, 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 (s. Projekt RUM/RUEVARELA). Darüber hinaus liegt inzwischen ein Manual für Therapeuten zum Rückenfit Programm vor (s. Projekt „RÜMAN“). Das Manual kann in der Klinik Münsterland erworben werden.

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; Klinik Königsfeld der DRV Westfalen, Ennepetal; Salzetalklinik der DRV Westfalen, Bad Salzuflen; 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. *valuation 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 Reha-Kliniken nahmen an der Studie teil. Drei davon wurden der Studiengruppe zugeordnet. Zwei weitere Kliniken dienten als Kontrollgruppe.

Ergebnisse:

Einfluss der Interaktionsqualität auf Behandlungsergebnisse. Anhand des Medians des Indexes „Interaktionsförderer“ wurde die Patientenstichprobe in 2 Gruppen geteilt. Ein Vergleich der beiden Gruppen zeigte Folgendes: Patienten, die das Gespräch mit dem Arzt bei Aufnahme positiver (= über Median) bewerteten, zeigten 6 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. *Effekte des Interaktionstrainings*. Durch das Training konnte die Interaktionsqualität zwischen Arzt und Rehabilitanden positiv verändert werden: In den Studienkliniken nahmen die Interaktionsförderer zum 2. Messzeitpunkt zu, während die Störfaktoren abnahmen. In den Kontrollkliniken wurden dagegen keine Änderungen beobachtet.

Zusammenfassung:

Die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion in den untersuchten Reha-Kliniken 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:

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 6 Rehakliniken mit unterschiedlichen Indikationen wurden 17 Patienten (13 Männer und 4 Frauen) sowie 17 Pflegenden (16 Frauen und 1 Mann) interviewt. Die Leitfadeninterviews wurden akustisch aufgezeichnet, transkribiert und dann inhaltsanalytisch nach einer Methode von Mühlfeld (1981, zitiert nach Mayer, 2009) ausgewertet.

Ergebnisse der Interviews mit den Pflegenden:

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. Pflegenden 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:

Mig Back – Migration and Back pain: Übersetzung und Testlauf des Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (ÖMPQ) bei Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Stephanie Fröhlich

Projektmitarbeiterin: Ralph Niemeyer

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

1. Januar 2009 bis 30. September 2009

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Zur Entwicklung chronischer Rückenschmerzen können somatische, psychische und soziale Faktoren beitragen. Viele dieser Risikofaktoren sind mittlerweile empirisch nachgewiesen. Eine möglichst frühzeitige Erfassung dieser Determinanten mittels eines kurzen Screeningfragebogens könnte dazu beitragen, eine Gefährdung der Erwerbstätigkeit („Rehabedarf“) eher als bisher zu erkennen. Die Einleitung gesundheitserhaltender bzw. fördernder Maßnahmen könnte dann ebenfalls früher als bisher erfolgen. Des Weiteren wäre ein Einsatz zur Kontrolle des Reha-Erfolges aufgrund der Kürze zusätzlich möglich. Migranten sind in ihrem Zielland meist besonderen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastungen ausgesetzt. Diese Belastungen können nach dem biopsychosozialen Krankheitsmodell die Entwicklung chronischer Rückenschmerzen mitbedingen. In der Forschung zu Migration und Gesundheit gibt es mittlerweile Studien u.a. zum Krebsrisiko, zur koronaren Herzkrankheit, zur Mütter- und Säuglingssterblichkeit, sowie zur Karies- und Übergewichtsprävalenz von Migrantenkindern. Forschung zum chronischen Rückenschmerz wurde bisher vernachlässigt. Mit dem Projekt Mig Back wurden beide Forschungsrichtungen (chronischer Rückenschmerz und Gesundheit von Migranten) zusammengeführt und ein im englisch-sprachigen Raum bereits validierter Screening-Fragebogen zur Entdeckung psychosozialer Risikofaktoren für Chronifizierung (ÖMPQ, Boersma & Linton, 2002, 2005) ins türkische übersetzt und im Rahmen einer Testerhebung an ehemaligen Rehabilitanden mit orthopädischen Beschwerden der Klinik Münsterland erprobt.

Methodisches Vorgehen:

Der ÖMPQ wurde zunächst vom englischen ins deutsche und dann ins türkische übersetzt. Ebenfalls übersetzt wurden geeignete Validierungsinst-

umente wie z.B. der HKF-R 10 und einige Skalen des IRES-Fragebogens. Dies erfolgte inkl. Rückübersetzung durch professionelle Übersetzer bzw. native speaker. Ein Testlauf wurde mit 178 ehemaligen Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund durchgeführt.

Ergebnisse:

Die ehemaligen Rehabilitanden waren im Durchschnitt 52 Jahre alt und überwiegend männlich. Der türkische ÖMPQ scheint gut verstanden worden zu sein und es zeigten sich keine Auffälligkeiten im Ankreuzverhalten. Die Rücklaufquote betrug ca. 18% und war für Aussagen zur Validität des türkischen Fragebogens zu gering.

Zusammenfassung:

Im Projekt Mig Back wurde der international renommierte Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (ÖMPQ) zusammen mit möglichen Validierungsinstrumenten und Anschreiben ins Türkische übersetzt. Die neu erstellten türkischen Dokumente wurden im Rahmen eines Testlaufs an 178 ehemaligen Rehabilitanden der Klinik Münsterland getestet. Dabei ging es vor allem um Aspekte der Verständlichkeit, das Ankreuzverhalten und den Rücklauf. Aufgrund der Rücklaufquote von 18% (N = 33) waren nur deskriptive Aussagen möglich, nicht aber erste Hinweise auf die Validität der neu erstellten türkischen Version. Der Fragebogen in türkischer Sprache scheint gut verständlich zu sein. Es zeigten sich keine Auffälligkeiten im Ankreuzverhalten. Die befragte Stichprobe scheint in vielen Bereichen schwer belastet zu sein. Die Rücklaufquote war geringer als in deutschsprachigen Rehabilitandenstichproben. Für eine später mögliche Validierung und Evaluation des übersetzten Fragebogens wurden Kooperationspartner gefunden (Verbund von 12 Osnabrücker orthopädischen Praxen).

Umsetzungsempfehlung:

Mit den Ergebnissen aus diesem Projekt in Form der übersetzten Fragebögen sollte in Zukunft eine Validierung des ÖMPQ erfolgen um dann in der Praxis einen kurzen, validierten, türkischsprachigen Fragebogen zum Screening von musculoskeletalen Schmerzen sowohl in Arztpraxen und Kliniken als auch in Betrieben von Werksärzten einsetzen zu können. Dies wäre ein weiterer Fortschritt in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Erste mögliche Kooperationspartner wurden bereits gefunden.

Titel des Projektes:

Optimierung pflegerischer Patientenkontakte in der medizinischen Rehabilitation: Entwicklung und Evaluation eines berufsbegleitenden Trainings kommunikativer Fertigkeiten für Pflegenden (Optippar 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 Pflegenden für die rehabilitations-spezifischen 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 Interaktionstraining 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 Pflegenden und Patienten in sechs Rehakliniken die affektive, instrumen-

telle 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 6 Einrichtungen einbezogen werden.

Erwartete 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.

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 DRV Westfalen; Zentrum Patientenschulung an der Uni 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-psychosomatische Konzept bzw. das Rückenfitprogramm 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 Rückenfitprogramms. 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:

TeNoR – Telefonische Nachsorge in der orthopädischen Rehabilitation: Entwicklung und Erprobung eines interdisziplinären Konzeptes für MBOR-Rehabilitanden (Machbarkeitsstudie)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Stephanie Fröhlich

Projektmitarbeiterin: Ralph Niemeyer

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

1. Juli 2012 bis 30. Juni 2013

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Für die Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen und einer besonderen beruflichen Problemlage sollte zur Verstetigung der verbesserten Krankheitsbewältigung sowie Lebensstiländerung und zur langfristigen Verfolgung des Ziels, ins Erwerbsleben zurückzukehren bzw. berufliche Probleme zu reduzieren, ein telefonisches Nachsorgeangebot modellhaft entwickelt und getestet werden, welches auf die weiter bestehenden Probleme rund um die Erwerbsfähig- und -tätigkeit fokussiert. Die dem ehemaligen Rehabilitanden aus der Reha-Einrichtung persönlich bekannten Sozialberater rufen diesen zwei Mal innerhalb von acht Wochen an und kontaktieren bei Bedarf auch andere Schnittstellen. So soll den Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage auch nach der Rehabilitationsmaßnahme ein kompetenter und mit der jeweiligen persönlichen Situation bereits vertrauter Care-Manager hilfreich zur Seite stehen, um die berufliche Situation zu verbessern oder zu stabilisieren. Die Akzeptanz des Angebotes und der zeitliche Aufwand für die Nachsorge sollen abschließend bewertet werden.

Methodisches Vorgehen:

Es handelt sich um eine Machbarkeitsstudie inkl. Konzeptentwicklung mit zwei Messzeitpunkten: Ende der Rehabilitationsmaßnahme (T1) und zwei Monate nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme (T2). Nach der Entwicklung der Intervention wurde ein Testlauf mit 41 Rehabilitanden durchgeführt. In diesem ging es vor allem um Thematik der Telefonate (beruflich vs. andere), Akzeptanz und Aufwand der neuen Intervention. Ergänzend füllten die Sozialberater eine kurze Checkliste zu jedem Telefonat aus.

Ergebnisse:

41 Rehabilitanden haben in der Rekrutierungsphase am MBOR-Programm der Klinik Münsterland teilgenommen. 26 MBOR-Teilnehmer, und damit 68% aller geeigneten MBOR-Teilnehmer waren bereit, am Forschungsprojekt TeNoR teilzunehmen. Mit allen 26 Teilnehmern führten die Sozialberater vor der Abreise Zielgespräche durch und mit 23 konnten sie telefonische Nachsorgegespräche 4 Wochen nach Reha-Ende, und mit 18 8 Wochen nach Reha-Ende führen. Der Fragebogenrücklauf zu T1 (Reha-Ende) beträgt 89%, und zu T2 60%. In den Telefonaten mehrheitlich berufliche Themen angesprochen, dies gaben sowohl Sozialberater als auch Rehabilitanden an. Alle Studienteilnehmer, die den T2-Fragebogen zurückgesendet hatten und die telefonisch erreicht worden waren (N = 13) gaben an, dass sie die telefonische Nachsorge weiter empfehlen würden und dass sie ihnen genützt hat. Die durchschnittliche Dauer der Telefonate betrug 17 Minuten.

Zusammenfassung:

In dem Pilotprojekt wurde ein telefonisches Nachsorgeangebot für die Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen entwickelt und modellhaft getestet. Sozialberater führten mit 26 Teilnehmern gegen Reha-Ende ein persönliches Gespräch mit dem Schwerpunkt auf den beruflichen Zielen und Strategien für die Zeit nach der Reha-Maßnahme. Im Testlauf wurden die Rehabilitanden von den ihnen vertrauten Sozialberatern sowohl nach vier als auch nach acht Wochen angerufen und vornehmlich der aktuelle Status der beruflichen Situation besprochen sowie mögliche Unterstützung angeboten. Die Rehabilitanden nahmen das Angebot gut an und bewerteten es sehr positiv und nützlich. Die durchschnittliche Telefonatsdauer betrug 17 Minuten. Die Rücklaufquote der Fragebögen lag zu T2 bei 60%. Selbstberichtete Veränderungen zwischen Reha-Ende und zwei Monate nach Reha-Ende gab es nur bei der Schmerzbewältigungsskala „Vorbereitung“, welche zwei Monate nach Reha-Ende geringere Werte aufwies als am Reha-Ende.

Umsetzungsempfehlung:

Wir empfehlen die Evaluation dieses Ansatzes in einem randomisierten kontrollierten Design. Der letzte Messzeitpunkt sollte mindestens ein Jahr nach Reha-Beginn liegen. Sollte die Evaluation im RCT-Design eine langfristige Überlegenheit der Interventionsgruppe belegen, wäre ein Transfer dieser Intervention in andere Rehabilitationskliniken im MBOR-Schwerpunkt wünschenswert.

Titel des Projektes:

Pro MBOR - Formative Prozessevaluation und Aufwandsanalyse der medizinisch-beruflichen Rehabilitation im Kompetenzzentrum Bad Rothenfelde

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Susanne Dibbelt, Prof. Dr. Bernhard Greitemann

Projektmitarbeiterin: Edith Wulfert, Martin Dahm

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

1. Juli 2014 bis 30. Juni 2016

Kooperierende Einrichtungen:

Hochschule Osnabrück, Prof. Dr. Manfred Haubrock; Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde; Klinik Teutoburger Wald, Bad Rothenfelde; Parkklink, Bad Rothenfelde

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) wird als effektive Intervention für Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen angesehen (Bethge, 2010, 2011; Bethge et al., 2012a, 2012b; 2011a, 2011b, 2010; Streibelt, Hansmeier & Müller-Fahrnow, 2006; Streibelt & Buschmann-Steinhage, 2011). Systematische Übersichtsarbeiten von Guzman et al. (2001), Hoffman et al. (2007) sowie Norlund, Ropponen und Alexanderson (2009) haben moderate bis starke Evidenz für die Wirksamkeit von multimodaler Therapie und arbeitsbezogenem Training (work hardening) hinsichtlich relevanter klinischer Ergebnisgrößen wie Schmerz und Funktionsfähigkeit berichtet. Demnach hat sich die Strategie von multimodaler Therapie und arbeitsbezogenem Training im Rahmen klinischer Studien bewährt. Vielfältig diskutiert bleibt allerdings die Frage, wie ein MBOR-Konzept ohne Inanspruchnahme erheblicher zusätzlicher Ressourcen umgesetzt und in die Routineabläufe der stationären medizinischen Rehabilitation eingepasst werden kann. Im Rahmen des Projektes Pro MBOR wird die Zusammenführung der MBOR Konzepte dreier Rehabilitationseinrichtungen in dem „MBOR Kompetenzzentrum Bad Rothenfelde“ wissenschaftlich begleitet und im Hinblick auf die Abläufe und die Qualität der Zusammenarbeit formativ evaluiert. Die Güte der Zuweisung, der Zusammenarbeit (Kommunikation, Kooperation, Informationsflüsse) und die Qualität der Durchführung berufsbezogener Maßnahmen, insbesondere des Arbeitsplatztrainings für Rehabilitanden aus drei Reha Einrichtungen an einem Standort, soll (a) mit qualitativen und quantitativen Methoden bewertet und analysiert werden.

Die Analyse und Bewertung soll (b) in eine Vereinbarung gemeinsamer Optimierungsziele und -Pläne münden, deren Umsetzung in regelmäßigen Abständen (halbjährlich) überprüft wird. Außerdem soll (c) eine Analyse des personellen und sonstigen Aufwandes der MBOR und der Kooperation vorgenommen werden. Weitere Ergebnisse sollen Empfehlungen zum einrichtungsübergreifenden Betrieb eines solchen Trainingszentrums sein.

Methodisches Vorgehen:

Mitarbeiter nehmen in leitfadengestützten Interviews, schriftlichen Befragungen und Qualitätszirkeln Stellung zu den folgenden Fragen:

- Wie werden die Abläufe der klinikübergreifend betriebenen berufsbezogenen Maßnahmen bewertet?
- Wie wird die Zusammenarbeit im internen und externen MBOR Team, darunter insbesondere die klinikübergreifende Kommunikation und die Informationsflüsse bewertet?
- Welche Barrieren und Potentiale des klinikübergreifend betriebenen Arbeitsplatztrainings und der MBOR nehmen die Mitarbeiter wahr?
- Können Abläufe und Prozesse des klinikübergreifend betriebenen Arbeitsplatztrainings und der MBOR optimiert werden und wenn ja, mit welchen Maßnahmen?

Rehabilitanden werden in leitfadengestützten Interviews und schriftlichen Befragungen zu folgenden Themen befragt:

- Wie zufrieden sind die Rehabilitanden mit dem Arbeitsplatztraining und der MBOR insgesamt?
- Wie beurteilen Rehabilitanden die Maßnahmen der MBOR und (wenn erfolgt) das Arbeitsplatztraining hinsichtlich
 - der Passung zur ihrer gesundheitlichen und beruflichen Problematik?
 - der Anforderungen, der Frequenz und der Effektivität?

Erwartete Ergebnisse:

Die formative Prozessevaluation soll die Qualität der Abläufe und die Zusammenarbeit im Team des in Kooperation betriebenen Arbeitsplatztrainings sicherstellen. Sie soll Barrieren und notwendige Ressourcen sowie die nötigen Entwicklungsmaßnahmen darlegen. Die Ergebnisse sollen zu Projektende in allgemeine Empfehlungen zur Umsetzung von MBOR in Rehakliniken und in das Qualitätsmanagement des Arbeitsplatztrainings münden.

Zusammenfassung:

Im Rahmen des Projektes Pro MBOR soll die Zusammenführung der MBOR Konzepte dreier Rehabilitationseinrichtungen in einem gemeinsamen „Kompetenzzentrum medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation Bad Rothenfelde“ wissenschaftlich begleitet und im Hinblick auf die Abläufe und die Qualität der Zusammenarbeit formativ evaluiert werden.

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

Projektmitarbeiter: Monika Schaidhammer, M.A

Abteilung: Bad Rothenfelde

Laufzeit:

1. Mai 2013 bis 31. Oktober 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! möchten wir diesem Problem durch eine Optimierung des Informationsmaterials modellhaft für die Patienten der Klinik Münsterland begegnen. Dazu haben wir das bisher eingesetzte Material überarbeitet und um ein Set diagnosegruppenspezifischer Informationsbroschüren ergänzt. Diese richten sich an Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, nach Operationen an der Wirbelsäule, mit Verschleiß, nach Gelenkersatz und nach Amputationen. Sie vermitteln auf ansprechende Weise Basiswissen über die jeweilige Erkrankung und deren allgemeine Behandlungsprinzipien sowie zu erwartende konkrettherapeutische Inhalte und Abläufeder Reha in der Klinik Münsterland und sollen die Patienten darin unterstützen, frühzeitig realistische Erwartungen an die Maßnahme zu entwickeln. Die Entwicklung des Materials ist abgeschlossen, das Material ist im Einsatz und die Datenerhebung für die Evaluation des diagnosegruppenspezifischen Materials im Rahmen einer prospektiven randomisierten Kontrollgruppenstudie läuft.

Methodisches Vorgehen:

Auf der Basis einer ausführlichen Ist- und Bedarfsanalyse, die wir in Zusammenarbeit mit Klinikmitarbeitern aller dafür relevanten Berufsgruppen der Klinik Münsterland und Patienten aus den genannten Hauptdiagnosegruppen durchgeführt haben, haben wir unter Berücksichtigung moderner mediendidaktischer Ansätze das bisherige Print-Material der Klinik überarbeitet und die diagnosegruppenspezifischen Broschüren entwickelt.

Letztere wurden passwordgeschützt auch auf die Homepage der Klinik gestellt. Die Evaluation fokussiert auf den Einsatz der diagnosegruppenspezifischen Broschüren und erfolgt in einer prospektiven randomisierten Kontrollgruppenstudie. Alle stationären oder teilstationären Patienten der Klinik Münsterland mit Ausnahme der Versicherten der DRV Bund werden gebeten, 1. vor der Reha; 2. ca. eine Woche nach Reha-Beginn und 3. zum Ende der Reha Fragebögen unter anderem zu Zufriedenheit mit dem Material, Erwartungen an die Reha bzw. Zufriedenheit mit der Reha sowie ihrem aktuellen Gesundheitszustand auszufüllen. Zusätzlich schätzen Ärzten und Therapeuten die Informiertheit der Patienten zu Reha-Beginn ein.

Ergebnisse:

Bedarfsanalyse: In Fokusgruppen und Interviews haben wir von Mitarbeitern 466, von Patienten 284 verschiedene Anregungen zur Optimierung des Materials gesammelt. Evaluation: Die Datenerhebung ist noch nicht abgeschlossen, so dass wir keine endgültigen Ergebnisse berichten können. Eine Auswertung der ersten 198 Fragebögen aus t0 und 98 Fragebögen aus t2 deutet auf eine intensive Nutzung und gute Bewertung sämtlichen Materials der Klinik hin. Die Patienten beurteilten ein Faltblatt mit wichtigen Hinweisen für die Zeit vor der Reha und Checklisten zum Abhaken sowie die diagnosegruppenspezifischen Broschüren als besonders nützlich. Insgesamt scheint der Einsatz dieser Broschüren zu erhöhten Erwartungen sowohl an das Info-Material als auch an die Reha selbst zu führen, jedoch auch in ein vertieftes Verständnis der Konzeption der Reha zu münden.

Zusammenfassung:

Auf der Basis einer Ist- und einer Bedarfsanalyse haben wir das aktuelle Informationsmaterial, das die Patienten der Klinik Münsterland vor Beginn der Reha zugeschickt bekommen, überarbeitet und um ein Set diagnosegruppenspezifischer Informationsbroschüren ergänzt. Dieses soll den Patienten helfen, ihr Wissen über ihre Krankheit und deren Behandlung zu verbessern und gegebenenfalls falsche Erwartungen an die Reha frühzeitig zu korrigieren. Diese Broschüren werden zurzeit in einer prospektiven randomisierten Kontrollgruppenstudie evaluiert.

Umsetzungsempfehlung:

Mit der Erstellung des optimierten Materials, das für den Klinikalltag direkt bereitsteht, ist eine große Praxisnähe des Projektes automatisch gegeben. Kommt die Evaluation zu positiven Ergebnissen, können gegebenenfalls in weiteren Projekten auch für andere Kliniken und andere Indikationen entsprechende Broschüren entwickelt und deren Einsatz evaluiert werden, so dass die Qualität der Reha insgesamt verbessert werden kann.



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:

Körperliche Aktivität gilt als wirksame Maßnahme bei Brustkrebspatientinnen, da hierüber die Gesundheit gefördert werden kann. Entsprechend sind bewegungstherapeutische Maßnahmen zentrale Bausteine einer Rehabilitation mit dem Ziel, einen körperlich aktiven Lebensstil nachhaltig zu fördern. Menschen zu mehr Sport und Bewegung zu motivieren, ist ein schwieriger Prozess. Nach dem „Health Action Process Approach“-Modell sind hierfür volitionale Strategien der Handlungs-/Bewältigungsplanung sowie der Handlungskontrolle wesentlich. Basierend auf diesen volitionalen Strategien wurde die INOP-Intervention, bestehend aus zwei Modulen, konzipiert: Modul A beinhaltet ein Seminar, eine Einzelberatung sowie Unterlagen zur Nachsorgeplanung und Modul B eine telefonische Nachbetreuung drei Monate nach Entlassung. Hauptziele sind, die Wirksamkeit der INOP-Intervention (Module A&B) bis zu zwölf Monaten nach Reha-Ende auf die proximale Outcomevariable körperliche Aktivität und die distalen Outcomevariablen gesundheitsbezogene Lebensqualität, Funktionsfähigkeit im Alltag und im Beruf zu erfassen. Als Nebenfragestellung wurde zudem überprüft, welche Auswirkungen nur das Modul A oder nur das Modul B auf die genannten Outcomevariablen haben.

Methodisches Vorgehen:

Das INOP-Projekt ist eine prospektive randomisierte Interventionsstudie, die in fünf Rehabilitationskliniken durchgeführt wurde. Brustkrebspatientinnen wurden zu Reha-Beginn der Kontrollgruppe (KG) oder einer von drei Interventionsgruppen randomisiert zugeordnet. Die KG erhielt die Standardrehabilitation und die Interventionsgruppen (IG) zusätzlich die jeweiligen INOP Module (Modul A&B=IG-1; Modul A=IG-2; Modul B=IG-3). Alle Teilnehmerinnen wurden zu vier Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende,

sechs und zwölf Monate nach Entlassung) mittels Fragebogen schriftlich befragt.

Ergebnisse:

Insgesamt nahmen 767 Brustkrebspatientinnen an der INOP-Studie teil. Die Rücklaufquote zur 12-Monatskatamnese beträgt 67%. Insbesondere profitieren die IG-1 Teilnehmerinnen. Beide INOP-Module verstärken die Auswirkungen einer Standardrehabilitation entscheidend und fördern nachhaltig die körperliche Aktivität und die Gesundheit. Auswertungen zur 12-Monatskatamnese zeigen, dass die IG-1 im Durchschnitt zwei Stunden pro Woche körperlich aktiver ist als die KG. Im Vergleich zur KG sind die IG-1 Patientinnen in ihren Alltagsaktivitäten und ihrer Mobilität signifikant weniger eingeschränkt und sie schätzen ihre globale Lebensqualität, physische Funktion und Funktionsfähigkeit im Beruf (nur Erwerbstätige) jeweils signifikant höher ein. Die Module A und B weisen jeweils Effekte auf die körperliche Aktivität auf. Besonders das INOP Modul A trägt dazu bei, die körperliche Aktivität und die Funktionsfähigkeit im Alltag und im Beruf langfristig zu steigern. Die telefonische Nachbetreuung (Modul B) hingegen fördert nur kurzfristig (bis zu sechs Monate nach Entlassung) die körperliche Aktivität und Funktionsfähigkeit von Brustkrebspatientinnen.

Zusammenfassung:

Zentrale Ziele einer medizinischen Rehabilitation sind die Förderung eines Sport- und Bewegungsverhaltens sowie die Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit der Rehabilitanden. Durch die INOP-Intervention (Modul A&B) konnten nachhaltig die körperliche Aktivität sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Funktionsfähigkeit im Alltag und im Beruf von Brustkrebspatientinnen stärker gesteigert werden als über eine Standardrehabilitation. Entsprechend konnten über die INOP-Intervention die angestrebten Ziele einer Rehabilitation erreicht werden.

Umsetzungsempfehlung:

Die Studienergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, volitional ausgerichtete Interventionen in den Prozess einer stationären onkologischen Rehabilitation und in die Nachsorge zu integrieren. Die Implementierung von neuen Therapiemodulen in die Routineversorgung stellt eine Herausforderung für alle beteiligten Akteure dar und setzt die Bereitschaft der Klinikleitung und des Reha-Teams aber auch die notwendigen personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen voraus.

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

Projektmitarbeiter: Carina Schwarz

Abteilung: Bad Salzuflen

Laufzeit:

1. Juli 2010 bis 31. Dezember 2013

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Muskuloskeletale 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 Rehabilitationsmaßnah-

men 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.

Ergebnisse:

Bis zum Ende der Rekrutierungsphase wurden 31 RehaBau-Gruppen durchgeführt und 592 Patienten in die Studie eingeschlossen. Die Befragungen zeigen eine gute Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des RehaBau-Programmes im Vergleich mit einer konventionellen orthopädischen Rehabilitation. Insbesondere zeigen die Ergebnisse einen verbesserten Gesundheitszustand, eine verbesserte körperliche sowie berufliche Funktionsfähigkeit und eine verbesserte Schmerzwahrnehmung der RehaBau-Teilnehmer im Vergleich zu den Patienten, die eine Usual Care-Behandlung bekamen. Dies deckt sich mit der positiven Bewertung des Programmes durch Therapeuten und Teilnehmer. Aus Therapeutesicht spielt die Auswahl der Patienten eine entscheidende Rolle: die passende Berufsgruppenzugehörigkeit und eine gute Motivation wirken sich auf die Gruppendynamik aus und tragen erheblich zum Reha-Erfolg der einzelnen Gruppenteilnehmer bei.

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, dessen Wirksamkeit und Nachhaltigkeit belegt werden konnte..

Umsetzungsempfehlung:

Medizinisch-berufliche Orientierung sowie die Behandlung in berufshomogenen Gruppen sollten einen Standard in der orthopädischen Rehabilitation darstellen. Zur Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit sollte Bauhandwerkern das RehaBau-Programm anstelle einer konventionellen Rehabilitation empfohlen werden.

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:

Bei Übergewichtigen und Adipösen besteht ein erhöhtes Risiko einer vorzeitigen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit durch gewichtsassoziierte gesundheitliche Beeinträchtigungen und Folgeerkrankungen. Entsprechend stellen Patientenschulungen für Übergewichtige integrale Bestandteile einer Reha dar. Ziel der WuGe-Pilotstudie ist, die Patientenschulung „Wunschgewicht“ und den neu konzipierten Workshop „Gesund und munter“ auf ihre zielgruppenspezifischen Inhalte und adressatengerechte Umsetzung zu untersuchen, sowie erste Aussagen zu Effekten der Interventionen zu ermitteln. „Wunschgewicht“ wird für onkologische und orthopädische Rehabilitanden mit einem Body-Mass-Index (BMI) von $\geq 28\text{kg/m}^2$ angeboten. Durchgeführt wird die Schulung von Ernährungsberatern mit einem Umfang von 3 x 60 Minuten inkl. der Durchführung einer Bioelektronischen-Impedanzanalysen (B.I.A.-Messung) zu Beginn und am Ende der Reha.

Methodisches Vorgehen:

Um Struktur- und Prozessabläufe zu beurteilen, wurden Gruppeninterviews mit Teilnehmern der Patientenschulung und Experteninterviews mit Ernährungsberatern durchgeführt, sowie schriftliche Evaluationsbögen zur Bewertung der Schulung eingesetzt.

Erste Aussagen zu den Effekten der Interventionen wurden im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Interventions-Pilotstudie durchgeführt. Schriftliche Befragungen erfolgten zu Beginn und am Ende sowie drei und sechs Monate nach der Reha. Abgefragt wurden u.a. das Körpergewicht und die körperliche Aktivität. Nach der Reha wurden 2 x 3-Tage-Freiberger Ernährungsprotokolle geführt. Alle Teilnehmer wurden drei Monate nach Entlassung zum eintägigen Workshop „Gesund und munter“ in die Klinik geladen.

Ergebnisse:

Die Prozessevaluationsergebnisse zeigen, dass die Teilnehmer insgesamt mit der Schulung zufrieden waren. Die Moderation, die Inhalte sowie die schriftlichen Unterlagen wurden als sehr gut und hilfreich bewertet und die B.I.A.-Messung als sehr aufschlussreich angesehen. Die Ernährungsberater sehen die B.I.A.-Messung als Motivationsförderung für die Rehabilitanden. Anhand der Verlaufsmessungen können sie z.B. die Veränderung des Verhältnisses von Fett- und Muskelmasse verdeutlichen. Von den Teilnehmern wurde der Zeitumfang der Schulung als zu kurz bewertet, denn sie hätten gern noch weitere Ernährungsthemen besprochen. Diese Aussage deckt sich mit der der Ernährungsberater: Häufig verbleiben die Teilnehmer länger als geplant in der Schulung bzw. nehmen Einzelberatungstermine wahr. Der Workshop wurde von den 14 Teilnehmern insgesamt positiv bewertet. Sie waren sehr motiviert, engagiert und wissbegierig. In den quantitativen Studienteil wurden 101 Teilnehmer mit einem Durchschnittsalter von 55 Jahren und einem mittleren BMI von 34kg/m² eingeschlossen. Alle Probanden nahmen im Verlauf durchschnittlich vier Kilogramm an Gewicht ab. Ebenfalls keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ergaben sich bei der Analyse der Ernährungsprotokolle: So lag bei allen der durchschnittliche Kohlenhydratverzehr unterhalb der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung von > 50% und der Fettanteil über der empfohlenen Menge von 30%. Hingegen zeigte sich, dass die Teilnehmer der Interventionsgruppe bis zu sechs Monate nach Entlassung körperlich aktiver waren als die der Kontrollgruppe.

Zusammenfassung:

Patientenschulungen für Übergewichtige und Adipöse sollten integrale Bestandteile einer Reha sein, um u.a. das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu verringern. Die Ergebnisse der Schulung „Wunschgewicht“ und des Workshops „Gesund und munter“ zeigen insgesamt eine positive Bewertung seitens der Teilnehmer. Keine Unterschiede zwischen den Gruppen können bei der Gewichtsreduktion und den Ergebnissen der Ernährungsprotokolle ermittelt werden. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe zeigten einen höheren bewegungsaktiven Lebensstil als die der Kontrollgruppe.

Umsetzungsempfehlung:

Die Patientenschulung „Wunschgewicht“ kann von Ernährungsberatern während einer Rehabilitation für Übergewichtige und Adipöse eingesetzt werden. Die Durchführung einer B.I.A.-Messung sollte möglich sein. Der eintägige Workshop „Gesund und munter“ kann als „Add On“ angeboten werden.

Titel des Projektes:

Berufsorientierte Intervention für onkologische Rehabilitanden (BIOR): Konzeption und Evaluation einer berufsorientierten Intervention in der onkologischen Rehabilitation (Pilotstudie)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Heike Kähnert

Projektmitarbeiter: Anne-Kathrin Exner, Simona Brand

Abteilung: Bad Salzuflen

Laufzeit:

1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2014

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Mit den Zielen, die berufliche Leistungs- bzw. Funktionsfähigkeit wiederherzustellen sowie eine vorzeitige Berentung zu verhindern, sollten berufsorientierte Maßnahmen integrale Bestandteile einer medizinischen Rehabilitation sein. Für die onkologische, stationäre Rehabilitation gibt es bisher wenige Informationen zu Inhalten sowie Prozess- und Strukturqualität von berufsorientierten Maßnahmen. Auch sind wissenschaftliche Überprüfungen vorhandener Maßnahmen selten. Aufgrund dieser unzureichenden Datenlage wird die Maßnahme Perspektive Job im Rahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) für onkologische Rehabilitanden konzipiert, im Klinikalltag erprobt und evaluiert.

Methodisches Vorgehen:

Das MBOR-Konzept Perspektive Job wurde für erwerbsfähige onkologische Rehabilitanden mit dem Reha-Team erarbeitet und in die Routineversorgung implementiert. Perspektive Job wurde mittels formativer Evaluation überprüft, um den Entwicklungsprozess, die Inhalte, Abläufe, Zielgruppenspezifität sowie die Akzeptanz seitens der Klinikmitarbeiter und Rehabilitanden umfassend bewerten zu können. Erste Daten über die Wirksamkeit von Perspektive Job wurden zudem über eine summative Evaluation erhoben. Zielgrößen waren hierbei u.a. das Ausmaß der Funktionsfähigkeit im Beruf, der Umgang mit berufsbezogenen Belastungen sowie der (Wieder)Einstieg in die Erwerbstätigkeit. Die summative Evaluation beruhte auf einem sequentiellen Intervention-/Kontrollgruppen-Studiendesign. Die Studienteilnehmer wurden zu vier Zeitpunkten schriftlich befragt (Beginn und Ende der Rehabilitation, 3- und 6-Monatskatamnese). Zusätzlich erfolgte jeweils ein und vier Monate nach Entlassung eine telefonisch-basierte Nachbetreuung.

Ergebnisse:

Die Entwicklung des MBOR-Konzepts Perspektive Job erfolgte in insgesamt sechs Expertensitzungen, die vom Forschungsteam moderiert wurden. Die Mitglieder waren Ärzte und Reha-Mitarbeiter der Sozialberatung, Sport-/Physiotherapie, Physikalischen Therapie, Ernährungsberatung, Psychologie, Ergotherapie, Therapiesteuerung und EDV. Perspektive Job setzt sich aus berufsgruppenübergreifenden Therapien der Sozialberatung, Psychologie, Ernährungsberatung und Ergotherapie zusammen. Die Ergotherapie bietet zudem MBOR-Kernmaßnahmen für Büroarbeitsplätze und Reinigungskräfte und die Sport-/Physiotherapie arbeitsplatzbezogene Bewegungstherapien in Form von Stationstraining an. Die Therapieplanung und -steuerung der MBOR Maßnahmen erfolgte über einen neu entwickelten Anforderungsbogen, der in der Elektronischen Patientenakte angelegt wurde. Trotz anfänglicher Bedenken der Mitarbeiter, wurde die Entwicklung im Reha-Team und Implementierung von Perspektive Job in die Routineversorgung von allen Beteiligten als positiv und zielführend bewertet und nach sieben Monaten abgeschlossen. Durch die gemeinschaftliche Konzeption konnten Schnittmengen ermittelt, Synergieeffekte genutzt und die abteilungsübergreifende Kommunikation gefördert werden. Die Datenerhebung zur summativen Evaluation ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.

Zusammenfassung:

Da für onkologische Rehabilitanden bisher nur unzureichende Informationen zu Inhalten und Prozessabläufen von MBOR-Maßnahmen vorliegen, wurde das MBOR-Konzept Perspektive Job entwickelt, in den Rehabilitationsprozess implementiert und evaluiert. Die interdisziplinäre Konzeption von Perspektive Job stieß bei allen Beteiligten auf große Zustimmung. Der Entwicklungsprozess einschließlich der Implementierung konnte innerhalb von sieben Monaten erfolgreich abgeschlossen werden.

Umsetzungsempfehlung:

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Teamarbeit bei der Erarbeitung neuer Konzepte und Therapien für die stationäre Rehabilitation. Sollte Perspektive Job zu einer nachhaltigen Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Beruf und des Umgangs mit berufsbezogenen Belastungen führen und den (Wieder)Einstieg in die Erwerbstätigkeit fördern, stünden für onkologische Rehabilitationseinrichtungen ein tragfähiges MBOR-Konzept einschließlich Manual und für die Darstellung strukturierter Prozessabläufe ein Leitfaden zur Verfügung.

Titel des Projektes:

Optimierung von medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitations-Prozessen und Identifikation von Indikatoren guter Praxis (OptiPro)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Philipp Preßmann

Projektmitarbeiter: Sonja Kleine

Abteilung: Bad Salzuflen

Laufzeit:

1. Januar 2014 bis 29. Februar 2016

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Zur Verbesserung von Qualität, Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit der Versorgung führt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) für Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) durch, deren Wirksamkeit und Nachhaltigkeit in den vergangenen Jahren hinlänglich belegt werden konnte. MBOR-Maßnahmen bieten für die Zielgruppe erheblich verbesserte Reintegrations- und Teilhabechancen. Es existieren mittlerweile zahlreiche gute Praxisbeispiele. Gut funktionierende Konzepte sind jedoch nicht problemlos zwischen Einrichtungen übertragbar. Vor allem nicht vor dem Hintergrund der notwendigen allokativen Ressourcenentscheidungen für den MBOR-(Mehr-)Aufwand und den teils unterschiedlichen strukturellen Bedingungen in der Versorgungspraxis. Die Reha-Kliniken sind seitens der Träger jedoch dazu angehalten, MBOR-Konzepte vorzulegen und zu implementieren. Problematisch wird dieser Vorgang, wenn das Know-how für die Konzeption und Implementierung fehlt, um qualitativen Standards zu genügen und bedarfsadäquat zu behandeln. Entwickelt werden soll ein klinikübergreifend-integriertes MBOR-Konzept, bei dem der Ablauf des Behandlungsprozesses über klinische Behandlungspfade gesteuert wird. Das am Ende der Studie auf Wirksamkeit überprüfte und manualisierte Konzept soll wichtige Hinweise zu Qualitäts- und Standardisierungsindikatoren liefern, die sich auf andere Rahmenbedingungen übertragen lassen. Dies geschieht mit Hilfe des Good Practice-Ansatzes, der ein pragmatisches, praxisnahes und flexibles Qualitätsindikatoren-System ermöglicht, welches sich neben den geläufigen Indikatoren – Struktur, Prozess und Ergebnis – vor allem mit der Konzepterstellung und dem Implementierungsvorgang beschäftigt. Zielsetzung ist es, Handlungsempfehlungen und Implementierungshilfen zu generieren, die anschließend für andere Reha-Einrichtungen nutzbar sind.

Methodisches Vorgehen:

Die Studie setzt sich aus zwei Teilen zusammen: Mittels einer formativen Evaluation wird das OptiPro-Behandlungskonzept entwickelt. Um die Wirksamkeit zu überprüfen, wird eine summative Evaluation durchgeführt. Zielgrößen sind die Funktionsfähigkeit im Beruf, der Gesundheitszustand, die körperliche Funktions- und Leistungsfähigkeit sowie der Reintegrationsstatus. Als Forschungsdesign wird ein sequenzielles Kontrollgruppendesign mit vier Messzeitpunkten (Prä, Post, Follow-up nach 3 und 6 Monaten) gewählt. Zunächst wird die Kontrollgruppe erhoben. Nach der Konzeptentwicklung und -implementierung wird die Interventionsgruppe befragt. Die Auswertung erfolgt mittels qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden.

Ergebnisse:

In der derzeitigen Studienphase wurde ein einheitliches Screening für Menschen mit BBPL mit den Studienkliniken entwickelt und in den Aufnahmeprozess implementiert. Auf dieser Grundlage konnte mit der Erhebung der Kontrollgruppe für die summative Evaluation begonnen werden. Weiterhin konnte planmäßig mit der Ist-Analyse bezüglich der medizinisch-beruflich orientierten Ablaufprozesse in Zugang/Screening, Diagnostik, Therapie und Übergang/Nachsorge sowie hinsichtlich der relevanten strukturellen Ressourcen (Personal, Ausstattung etc.) für die Identifikation möglicher Schnittmengen in den Kliniken begonnen werden.

Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlung:

MBOR-Konzepte müssen von den von der DRV belegten Einrichtungen vorgehalten werden. Für die Kliniken gilt es, diverse Vorgaben- und Rahmenbedingungen einzuhalten und vor dem Hintergrund der vorhandenen Ressourcen bedarfsadäquate und wirksame MBOR-Angebote zu schaffen. In diesem Spannungsfeld setzt die OptiPro-Studie an: Es sollen Indikatoren guter Praxis für die Implementierung von MBOR-Konzepten identifiziert werden. Dafür wird ein solcher Aufbau exemplarisch begleitet – Informationen von Ärzten, Therapeuten und Patienten zu diesem Prozess werden dokumentiert und aufbereitet sowie für eine Weiterverwendung in der klinischen Versorgungspraxis nutzbar gemacht. Die OptiPro-Studie stellt somit einen Beitrag zum flächendeckenden und bedarfsadäquaten Auf- und Ausbau von MBOR für Menschen mit BBPL sowie zur Weiterentwicklung von Prozess-Standards und MBOR-Qualitätssicherung dar.



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:

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 Maria Wagner, Tanja Losch

Abteilung: Ennepetal

Laufzeit:

1. Januar 2011 bis 30. Juni 2014

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 wurden zwischen März 2011 und Oktober 2013 alle stationären Rehabilitanden (Indikationen: Kardiologie, Orthopädie) mit Typ-2-Diabetes über die freiwillige Studienteilnahme aufgeklärt und nach entsprechender Einverständniserklärung randomisiert den beiden Studienarmen zugewiesen. Während der Rehabilitation erfolgte eine Vollverpflegung gemäß Studienprotokoll, begleitet von theoretischen und praktischen Ernährungsschulungen. Nach Abschluss der Rehabilitation wurde die Ernährungstherapie bis sechs Monate nach Rehabilitationsbeginn fortgesetzt; die Compliancekontrolle erfolgte per dreitägigem Ernährungsprotokoll. Drei Messzeitpunkte verteilen sich auf Baseline (t1), 21 Tage nach Baseline (t2), 6 Monate nach Baseline (t3). Hauptzielkriterien sind die Glykämieparameter HbA1c und Nüchtern glukose. Die angestrebte Studienpopulation umfasst 82 Probanden je Studienarm (N=164) zum Messzeitpunkt t3.

KH = Kohlenhydrat, F = Fett, E = Eiweiß, kcal. = Kalorien, tgl. = täglich.

Ergebnisse:

Insgesamt konnten 419 Typ-2-Diabetiker in das Studienprogramm eingeschlossen werden. Häufigste Gründe gegen eine Teilnahme waren 1.) Disease-Management-Teilnahmen in deren Rahmen bereits Ernährungsinterventionen starteten, 2.) Patienteneinstellungen wonach ausschließlich medikamentöse Behandlungsstrategien erwünscht sind, 3.) Erfahrungen von Misserfolg und Scheitern im Umgang mit Ernährungsempfehlungen.

Zusammenfassung:

Interventionen zur Lebensstilmodifikation stellen bekanntermaßen für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Die Entscheidung zur Rekrutierung von ausschließlich stationären Rehabilitanden erweist sich als zielführend. Durch die Vollverpflegung in der dreiwöchigen Initialphase 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 Datenauswertung können keinerlei Umsetzungsempfehlungen ausgesprochen werden.

Titel des Projektes:

Berufsorientierte Präventionsangebote für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben (BOP)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dipl.-Psych. Dr. Jörg Kittel

Projektmitarbeiter: Brigitte Wiesner

Abteilung: Ennepetal

Laufzeit:

1. Juli 2012 bis 30. Juni 2014

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Seit 2009 werden von der Rentenversicherung finanzierte, präventiv ausgerichtete Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB VI angeboten. Hier nach können von der Rentenversicherung medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit von Versicherten erbracht werden, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben. Nach den durchgeführten Auswertungen und gemachten Erfahrungen im Betsi-Projekt erscheint es fraglich, ob tatsächlich diejenigen Teilnehmer rekrutiert werden können, die gemäß der gesetzlichen Grundlage eine besonders gesundheitsgefährdende Tätigkeit ausüben. Ziel des Projektes ist daher die Identifikation von Berufsgruppen, die ein besonders hohes Risiko für einen Rehabilitationsbedarf aufweisen, bisher jedoch nicht an den präventiven Angeboten partizipieren.

Methodisches Vorgehen:

In einem ersten Arbeitsschritt erfolgten Analysen von 1.238.549 Versichertenkonten zur Identifikation von Berufsgruppen, die einen überproportionalen Rehabilitationsbedarf in den Indikationsbereichen Kardiologie, Orthopädie und Psychosomatik aufweisen. Auf der Basis von Fragebogenerhebungen an 1.820 Rehabilitanden sowie von 30 Interviews mit Berufskraftfahrern, Metallarbeitern und kaufmännischen Angestellten wurden in einem zweiten Schritt tätigkeitsbezogene Faktoren extrahiert, die mit einem hohen gesundheitlichen Gefährdungspotenzial einhergehen.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse bestätigten die Hypothese, dass es bestimmte Berufsgruppen gibt, die zum einen eine hohe prozentuale Quote an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aufweisen, zugleich aber nicht an dem Präventionsprogramm Betsi partizipieren. Hier zählen insbesondere Land-

wirte, Kraftfahrer, Klempner und in der Produktion und im Objektschutz tätige Menschen (Schichtarbeiter). Eine kardiologische Rehabilitation wird überzufällig häufig von Kraftfahrern und von Beschäftigten in der Metallindustrie in Anspruch genommen, während im Hochbau, Trockenbau und Sanitärbereich tätige Versicherte eher eine orthopädische Rehabilitation benötigen. Versicherte, die in den Berufsgruppenklassen Erziehung, Sozialarbeit, Alten- und Krankenpflege sowie Versicherungs- und Finanzdienstleistung zuzuordnen sind, nehmen relativ häufig eine psychosomatische Rehabilitation in Anspruch. Die Zusammenhänge zwischen Berufsgruppenklasse und Reha-Inanspruchnahme bleiben auch signifikant, wenn in die Regressionsanalysen die Merkmale Alter und Geschlecht einbezogen werden.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass präventiv ausgerichtete Interventionen im Indikationsbereich Kardiologie gerade für Berufskraftfahrer im Interesse der DRV Westfalen liegen sollten. Diese Berufsgruppe ist sehr häufig bei der DRV Westfalen rentenversichert und weist darüber hinaus eine hohe prozentuale Quote an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen auf. Das Risikoprofil ist gekennzeichnet von Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung. Da ein Zusammenhang dieser Risikofaktoren mit der beruflichen Tätigkeit offensichtlich ist, erscheint die Entwicklung und Etablierung berufsorientierter Präventionsangebote für Berufskraftfahrer besonders sinnvoll. Die durchgeführten Fragebogenauswertungen und Interviews mit Rehabilitanden machten ebenfalls deutlich, dass gerade Berufskraftfahrer vor allem aus tätigkeitsspezifischen Gründen nicht in der Lage sind, an den etablierten Präventions-Programmen, wie z.B. Betsi, teilzunehmen.

Zusammenfassung:

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass bestimmte Berufe mit spezifischen Risikofaktoren assoziiert sind und dass neben motivationalen Aspekten vor allem berufsbedingte Faktoren, wie z.B. Arbeits- und Pausenzeiten oder Nahrungsangebote eine Verhaltensänderung erschweren.

Umsetzungsempfehlung:

Für eine nachhaltige Verhaltensmodifikation erscheint es notwendig, die Interventionen gerade bei Versicherten, die eine gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben, berufsbezogen zu konzipieren. Das gilt sowohl für die primäre Prävention als auch für die medizinische Rehabilitation.



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:

Erwerbsminderungsrente abgelehnt! Was wird aus den Antragstellern? Eine Analyse der gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Entwicklung von Antragstellern zwei Jahre nach Ablehnung des EM-Rentantrags (ARentA)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Jochen Heuer, Sarah Kedzia, Psychologin M. Sc.

Abteilung: Münster

Laufzeit:

1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2010

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Bessere medizinische Versorgung, demographischer Wandel und die Zunahme der Lebensarbeitszeit führen zu nachhaltigen gesellschaftlichen Veränderungen. Jetzt kommen die geburtenstarken Jahrgänge in das Alter, in dem sich chronisch degenerative Krankheiten mehren, bzw. in ihrer Progression soweit fortgeschritten sind, dass die Betroffenen im bedeutenden Maße leistungsgewandelt sind. Nicht jeder Erkrankte findet dann eine (leidensgerechte) Beschäftigung, der er trotz der Funktionseinschränkungen noch nachgehen kann. Oftmals bleibt für viele Versicherte nur noch die Möglichkeit einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Das Projekt beschäftigte sich mit der Frage, welche Parameter den Rentenantragsteller bei einer Wiederaufnahme der Arbeit (Return-to-Work) unterstützen und welche ihn daran hindern.

Methodisches Vorgehen:

Die ARentA Studie verfolgte 2375 Versicherte der DRV Westfalen, die 2008 einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (EMR) gestellt haben, retrospektiv 8 Jahre vor und prospektiv 2 Jahre nach Antragsstellung. Mittels Erhebungen durch Fragebögen und Routinedaten der DRV Westfalen, sowie ergänzenden leitfadengestützten Interviews zu zwei Messzeitpunkten (t0: 2008; t1: 2010) wollte die ARentA-Studie mehr über die gesundheitliche, psychische und soziale Situation der Antragsteller in Erfahrung bringen und ihre Entwicklung während des Prozesses der Antragsstellung und nach Bewilligung / Ablehnung dokumentieren. Es konnten 421 Fragebögen (t1: 185) und 28 persönliche Interviews (zu t1: 21) in die Analyse einbezogen werden. Routinedaten wurden für die gesamte Stichprobe erhoben.

Ergebnisse:

Die Versicherten sind zum Zeitpunkt der Antragsstellung durchschnittlich

48 Jahre alt, 44% sind weiblich. 55% der Stichprobe erhielten im Jahr 2010 einen positiven Bescheid für eine Rente wegen Erwerbsminderung. Es dominieren Krankheiten aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen (47% bewilligte EMR) Die Berentungsdiagnosen legen ein multimorbides Krankheitsspektrum nahe. Vorherrschend sind zudem niedrige schulische sowie berufliche Abschlüsse.

Die Versicherten stellen hohe Erwartungen daran, was sich durch den Bezug einer EMR in ihrem Leben ändern würde, so erhoffen sie sich zu t0 eine deutliche Verbesserung der finanziellen, gesundheitlichen und psychischen Situation. Zu t1 zeigt sich aber, dass sich diese Hoffnungen nicht bestätigt haben- unabhängig vom Rentenstatus beschreiben die Versicherten ihr Leben auf diesen Dimensionen als erheblich verschlechtert. Das deutet u. a. darauf hin, dass ein Großteil der Antragsteller schwere aggravierende Krankheitsbilder aufweist.

Die ARentA Studie wollte Aufschluss über die Frage geben, welche Versicherten trotz EMR-Antrag wieder ins Erwerbsleben zurückkehren und welche Faktoren einen Vorhersagewert besitzen. Zu t1 waren lediglich 84 Versicherte (3%) sozialversicherungspflichtig beschäftigt (mind. 6 Monate), daher war eine statistisch signifikante Identifikation von Prädiktoren nicht möglich. Folgende Punkte scheinen allerdings einen prädiktiven Charakter zu haben:

- Die Dauer der Arbeitslosigkeit
- Die Hauptdiagnose des Rentenanspruchs
- Die Motivation wieder ins Erwerbsleben zurückkehren zu wollen.
- Das Bildungsniveau

Zusammenfassung und praktische Implikationen:

Je länger die Arbeitslosigkeit/ Arbeitsunfähigkeit andauert, desto geringer ist die Chance einer Wiedereingliederung ins Erwerbsleben. Prognostisch günstig für einen Verbleib im oder gute Chancen auf eine Reintegration in das Berufsleben sind dagegen konstante Erwerbsbiografien mit zeitlicher Nähe zum Berufsleben. Häufig berentet werden Versicherte mit psychischen Störungen. Muskuloskeletale Erkrankungen oder Erkrankungen des Herz-Kreislaufs-Systems führen seltener zu einer Berentung. Eine hohe intrinsische Motivation, sich selbst um eine neue Arbeit zu bemühen erwies sich als bedeutender Parameter für ein Return-to-Work. Motivationale Faktoren scheinen eine elementare Rolle zu spielen. Eine nur geringe schulische und berufliche Bildung verhindern eine mögliche Neuorientierung auf dem Arbeitsmarkt und die erfolgreiche Suche nach einem leidensgerechten Arbeitsplatz. EM-Rentenansprüche weisen zu einem Großteil schwere aggravierende Krankheitsbilder auf.

Titel des Projektes:

Evaluation der modifizierten und weiterentwickelten Psychosomatischen Rehabilitationsnachsorge (PRN) der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (PRN2)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Jochen Heuer, Sarah Kedzia, Psychologin M. Sc.

Projektmitarbeiterin: Dr. Erika Gebauer

Abteilung: Münster

Laufzeit:

1. Januar 2011 bis 31. März 2012

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Psychische Erkrankungen sind zunehmend von erheblicher sozialer und gesellschaftlicher Relevanz. Unter den Rehabilitationsleistungen weisen Maßnahmen aufgrund psychischer Störungen die höchste Steigerungsrate auf. Im Bereich der DRV Westfalen waren es zwischen 2002 und 2011 fast 50%. Einige – kostenintensive – Besonderheiten unterstreichen die Bedeutung der psychosomatischen Rehabilitation. Die Behandlungsdauer im stationären Bereich liegt im Regelfall bei 4-6 anstelle der bei anderen Diagnosegruppen üblichen 3 Wochen und darüber hinaus hat die Kontinuität der Therapie nach einem stationären Klinikaufenthalt, bspw. durch Nachsorgemaßnahmen oder ambulante Psychotherapie einen hohen Stellenwert. Patienten in der Psychosomatik haben darüber hinaus ein höheres Berentungsrisiko – bei einem niedrigeren Durchschnittsalter (bundesweit 48 Jahre) – sowie höhere Arbeitsunfähigkeitszeiten. Die DRV Westfalen hat daher mit der Psychosomatischen Rehabilitationsnachsorge (PRN) ein flächendeckendes Nachsorgekonzept entwickelt, um eine nachhaltige Versorgung zu erreichen. Für einen optimalen Erfolg benötigt die PRN eine optimale Performanz. Die PRN2-Studie hat daher mit den Strukturen und Prozessen sowie der inhaltlichen Zielsetzung die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Ablauf untersucht: Es galt herauszufinden, ob es an der Schnittstelle Reha-Klinik <-> Nachsorgetherapeut Probleme bei der Initiierung der Nachsorge gibt, ob die Nachsorgeziele inhaltlich auf den Reha-Zielen aufbauen und zu welchem Ergebnis die PRN insgesamt führt.

Methodisches Vorgehen:

Um den gesamten Prozess der psychosomatischen Nachsorge mit allen zugrundeliegenden Strukturen und Prozessen zu erfassen, wurden Reha-Kliniker und Nachsorgetherapeuten schriftlich zu Kooperation und Koordination befragt. Darüber hinaus wurden Einzelfallanalysen zum Gelingen

der Nachsorge durchgeführt. Dazu wurden Dokumente unterschiedlicher Art einbezogen: Fallbezogene Fragebögen (Versicherter; Nachsorgetherapeut), Entlassungs- und Übergaberichte (Reha-Kliniken), der Ergebnisbericht (Nachsorgetherapeut), sowie Routinedaten über den Erwerbsstatus (DRV Westfalen).

Ergebnisse:

In den Struktur- und Prozessfragebögen wurden auf der Seite der Rehabilitationskliniken Informationsdefizite deutlich. Eine hohe Fluktuation des Personals, sowie eine scheinbar defizitäre Informationsweitergabe die PRN betreffend führen zu Unsicherheiten in der Verordnung und gelegentlich zu Fehlzuweisungen. Die Einleitung der Nachsorge verläuft in einigen Fällen nicht indikationskonform. Hier besteht Bedarf an Informationen und am Aufbau tragfähiger Strukturen und automatisierter Prozesse rund um die Schnittstelle. Unter den Nachsorgetherapeuten sind die Informationen zur PRN besser verankert, u.a. weil die personelle Fluktuation geringer ist. Der im Zuge der ersten PRN-Studie entwickelte Übergabebericht der Klinik wird von den Nachsorgetherapeuten als informativ bewertet, er gibt ausführlich Auskunft zu den zu erbringenden Leistungen. Zudem kommt er immer pünktlich und unaufgefordert und ermöglicht den Nachsorgetherapeuten die unmittelbare Aufnahme ihrer Behandlung.

Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlung:

Das Konzept der Psychosomatischen Reha-Nachsorge wird sehr gelobt: Kliniker, Nachsorgetherapeuten und Versicherte gleichermaßen schätzen das Nachsorgeangebot. Allerdings gibt es in den Kliniken dysfunktionale Informationsdefizite rund um die Verordnung: Mehr als die Hälfte der verordnungs-berechtigten Mitarbeiter kennen die zur Verordnung notwendigen Formulare und Hintergrundinformationen nicht. Rund 20% der Versicherten berichten von teils erheblichen Problemen beim Übergang in die Nachsorge.

Umsetzungsempfehlung:

Die DRV Westfalen hat bereits auf die Ergebnisse der Studie reagiert: In jeder Klinik wird ein PRN-Verantwortlicher benannt, der die indikationskonforme Einleitung der Nachsorgemaßnahme und die Informationsweitergabe organisiert. Dieser Personenkreis wurde zusammen mit den Chefarzten im November 2012 zu einem Workshop eingeladen, um das Procedere nochmals zu klären. Nach dem Workshop wurden die bereits bestehenden Formulare wo nötig angepasst. Unter anderem wurde der Übergabebericht so modifiziert, dass der erste Termin des Rehabilitanden beim Nachsorgetherapeuten zwingend dokumentiert werden muss und damit ein zeitnaher, reibungsloser Übergang zur PRN gewährleistet ist.

Titel des Projektes:

Berentung aufgrund transitiver oder leichter Störungsbilder (BaltS)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Dr. Judith Bahmer

Abteilung: Münster

Laufzeit:

1. Januar 2013 bis 30. September 2013

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

In einem vorauslaufenden Projekt zur Situation abgelehnter Rentenantragsteller (ARentA) wurde beobachtet, dass in den Rentenzugangstatistiken auch Erwerbsminderungsrenten mit der ICD-Ziffer F32.0 erfasst waren. Diese steht für eine leichte depressive Episode, die per Definition nicht mit gravierenden Einbußen in der Alltags- und Arbeitsbewältigung einhergeht und als transitiv und behandlungsfähig eingeschätzt wird. Es wird überprüft, ob es tatsächlich häufig zu Berentungen aufgrund leichter oder vorübergehender Störungen kommt, oder ob andere Ursachen wie z.B. die statistische Erfassung der Diagnosen zu diesem Eindruck führen. (So ist z. B. nur die Erfassung der ersten Berentungsdiagnose obligatorisch, d. h. Ko- oder Multimorbidität wird nicht sicher abgebildet und es müssen nur die ersten 3 Stellen der 4-stelligen ICD-Kodierung erfasst werden.) Neben Berentungsfällen aufgrund von Depressionen werden auch Berentungen aufgrund von Anpassungsstörungen unter diesen Gesichtspunkten systematisch ausgewertet. Auch Anpassungsstörungen sind per Definition zeitlich begrenzte Störungen.

Methodisches Vorgehen:

Es wird eine 33%-Stichprobe der Versichertenakten von zeitlich befristeten EM-Rentenneuzugängen des Jahres 2011 mit folgenden Berentungsdiagnosen untersucht:

- F32.0 (= leichte Depression),
- F32 (= Depression ohne Verschlüsselung des Schweregrades)
- F43.2 (= Anpassungsstörung).

Die Aktenauswertung erfolgt anhand eines Fragenkatalogs, die Auswertung mittels deskriptiver Statistiken.

Ergebnisse:

85 Versichertenakten mit Berentungsdiagnose „Depression“ und 27 Versichertenakten mit Berentungsdiagnose „Anpassungsstörung“ wurden ausgewertet.

Depression: In allen Fällen wurde in der sozialmedizinischen Entscheidungsvorlage lediglich F32 ohne weiterführende 4. Stelle kodiert. Statistisch wurden 8 dieser Fälle jedoch mit F32.0 erfasst (= leichte depressive Episode). Die Ergänzung der 4.-Stelle erfolgte somit fälschlicherweise im Rahmen der Datenerfassung. In allen 85 Fällen wurden in den Verwaltungsakten mittelschwere bis schwere depressive Episoden beschrieben, zum Teil war der Schweregrad in der Entscheidungsvorlage textlich beschrieben nicht aber ICD-kodiert. In 80 % der Fälle gab es Hinweise auf Komorbiditäten (psychisch, somatisch, psychische + somatisch).

Anpassungsstörungen: Die statistisch kodierte Diagnose entsprach nicht der Schwere und Chronizität der Beschwerden der Versicherten. Es handelte sich mehrheitlich um bereits langjährig erkrankte Versicherte, die immer wieder durch schwer belastende Lebensereignisse und psychische Traumata in ihrer psychischen Funktionsfähigkeit massiv eingeschränkt wurden. Ausmaß und Dauer der Störungen überschritten den Geltungskreis der zu Beginn der Erkrankung zunächst angemessenen Diagnose der Anpassungsstörung. In den Entscheidungsvorlagen wurde dies in der freitextlichen Beschreibungen auch überwiegend deutlich (z. B. „im Sinne einer schweren depressiven Symptomatik“). Häufig war auch eine weitere psychische Störung aufgeführt.

Zusammenfassung und praktische Implikationen:

Der Verdacht einer Häufung leichter oder transitiver Störungsbilder als Berentungsursache konnte nicht bestätigt hat.

Zur besseren Abbildung der Schwere der Funktionsbeeinträchtigungen in den Berentungsstatistiken erscheint eine Veränderung der Dokumentationspflichten sinnvoll: Die 4. Stelle der ICD-Diagnose sollte immer erfasst werden. Außerdem sollten verpflichtend 3 Diagnosen erfasst werden, wenn diese berentungsrelevant sind. Alternativ kann die Neuaufnahme eines Merkmals zur Multimorbidität diskutiert werden.

Die Diagnose der „Anpassungsstörung“ sollte als Begründung einer Erwerbsminderungsrente sehr kritisch geprüft und möglichst vermieden werden. Es erscheint sinnvoller die langfristigen Folgen einer vielleicht anfänglich bestehenden Anpassungsstörung wie z.B. Depressionen, Ängste, Somatisierungsstörungen und evtl. zugrundeliegende Persönlichkeitsstörungen diagnostisch abzubilden.



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:

Entwicklung eines Prognosemodells zur Vorhersage des zukünftigen Reha-Bedarfs bei ausgewählten Diagnosegruppen im Bereich der DRV Westfalen (ProgReB)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Jochen Heuer

Abteilung: Norderney

Laufzeit:

1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2014

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Welche Aufwendungen werden in Zukunft für die Rehabilitation geleistet werden müssen? Bisherige Schätzungen berücksichtigen in der Regel lediglich die demographische Verschiebung der Altersgruppen und eine Ausweitung der Lebensarbeitszeit um zwei Jahre. Weitere Faktoren bleiben unberücksichtigt. Bspw. die zukünftige Entwicklung des Arbeitsmarktes, die zwar weniger auf einen objektiven Bedarf Einfluss nimmt, sehr wohl aber auf das für die Leistungsträger bedeutsame Antragsverhalten. Bspw. diagnosespezifische Wirkfaktoren, wie etwa der sinkende Raucheranteil in der Bevölkerung für die Diagnosegruppe der Atemwegs- oder Herz-Kreislaufkrankungen. Die sich deutlich verändernde Arbeitswelt (Arbeitsverdichtung, zeitliche und räumliche Entgrenzung von Beruf und Freizeit etc.) zeigt zunehmend Auswirkungen auf die (insbesondere psychische) Gesundheit der Arbeitnehmerschaft und beeinflusst den Reha-Bedarf. Letztendlich kann nur ein Prognosemodell, das alle diese Faktoren berücksichtigt, als Planungsgrundlage für die Kapazitäts- und Kostenplanung von Leistungsträgern und Leistungserbringern dienen. Für den Bereich der DRV Westfalen sollen in dieser Studie daher fünf wichtige Diagnosegruppen untersucht werden: Die Gruppe der orthopädischen Erkrankungen, die des Herz-Kreislaufsystems, der Atemwege, sowie das Spektrum der psychischen Erkrankungen und der Erkrankungen des Verdauungssystems. Ziel ist es, mit der Erstellung eines (adjustierbaren) Prognosemodells ein verlässliches Instrument zu generieren, das die Leistungserbringer wie Rehabilitationskliniken bei ihrer Personalplanung unterstützt und die Leistungsträger insbesondere die DRV Westfalen in die Lage versetzt, ihre Mittelallokation effizienter mittel- und langfristig planen zu können.

Methodisches Vorgehen:

Um eine gute prognostische Validität zu erreichen, werden folgende Prozessschritte vorgenommen:

Analyse der Routinedaten der DRV Westfalen zur Dokumentation bisheriger Entwicklungen:

- Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in den Diagnosehauptgruppen Orthopädie, Herz-Kreislaufkrankungen, psychische Erkrankungen und Erkrankungen des Verdauungssystem und der Atemwege in den letzten 10 Jahren
- Soziodemographie der Rehabilitanden nach vorhandener Datenlage
- Aktenstudium (Versichertenakten) zur Analyse der Entwicklung von Risikofaktoren (bspw. Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, besondere Schadstoffexposition am Arbeitsplatz u.ä.)
- Durch den Einsatz von multivariater Analysemethoden sollen gewichtete Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei den untersuchten Diagnosehauptgruppen aufgedeckt werden.
- Einsatz des qualitativen Instrumentes Fokusgruppen in Form der Durchführung von Experten-runden zur Identifizierung weiterer Wirkfaktoren aus den Bereichen Arbeitswelt, Arbeitsmarkt, Demografie und Diagnosegruppen.

Ziel der Expertenrunden ist die Gewichtung der vorgefundenen Einflussfaktoren und Erstellung eines Prognosemodells für die Vorhersage des zukünftigen Bedarfes an Reha-Leistungen im Bereich der untersuchten Diagnosehauptgruppen.

Zusammenfassung und erwartete Ergebnisse:

Am Ende des Projektes soll ein Prognosemodell stehen, das über die Hochrechnung des rein demographisch bedingten Rehabilitationsbedarfs hinausgeht. Es sieht eine Präzisierung des zukünftigen Reha-Bedarfs anhand diagnosespezifischer Wirkfaktoren vor und soll differenzierte Aussagen zum zukünftigen Reha-Bedarf auf den Gebieten der Orthopädie, der Kardiologie der Psychosomatik, der Erkrankungen des Verdauungssystems und der Atemwegserkrankungen machen können. Durch die Einbeziehung von arbeitsmarktbezogenen Faktoren soll die Schätzung der zukünftigen Inanspruchnahme von Reha-Leistungen entscheidend präzisiert werden. Als weiterer bedeutender und in letzter Zeit viel diskutierter Einflussfaktor soll die dynamische Veränderung der Arbeitswelt durch Arbeitsverdichtung, Ausdifferenzierung der Arbeitsplätze sowie der Entgrenzung des Berufslebens in das Modell einfließen. Unter der zusätzlichen Berücksichtigung von Komorbiditätsmustern soll schließlich ein umfassendes Prognosemodell entstehen, das die Basis für die Ressourcenplanung von Finanzen, Personal und Strukturen von Leistungserbringern und Leistungsträgern liefern kann.

Titel des Projektes:

Mental Fit mit Bewegungstherapie „SynFit“ (Machbarkeitsstudie)

Förderung:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Projektmitarbeiter und Abteilung:

Projektleitung: Sonja Bähr
Projektmitarbeiter: Hedwig Bockting
Abteilung: Norderney

Laufzeit:

1. Januar 2013 bis 31. März 2014

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ist eine ganzheitliche Therapieleistung, basierend auf dem biopsychosozialen Ansatz der Weltgesundheitsorganisation. Ein Ziel ist stets die Wiederherstellung oder der Erhalt der beruflichen Leistungsfähigkeit. In allen Indikationsbereichen hat sich die Bewegungstherapie als Mittel zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit bewährt. Mit Projekt „SynFit“ soll hier gewissermaßen ein Paradigmenwechsel initiiert werden, indem ein neu entwickeltes Konzept von Bewegungstherapie die Verbesserung der mentalen und kognitiven Leistungsfähigkeit in puncto Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Wahrnehmungsvermögen sowie der motorischen Koordinationsfähigkeit erreichen will. Die genannten Zielkategorien sind in der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF-WHO, 2005) verankert. Für die Wiederherstellung oder den Erhalt der beruflichen Leistungsfähigkeit sind mentale und kognitive „Fitness“ also ebenso bedeutend wie die körperliche Leistungsfähigkeit. In dieser Vorstudie (Machbarkeitsstudie/Bedarfsanalyse) sollte mittels Fragebögen (FSSKL und ESS) und praktischer Testungen (FAIR-2 und GGT-Reha) festgestellt werden, ob die Patientenklientel der Klinik Norderney Defizite in diesen Funktionsbereichen aufweist und in einer zweiten Phase ein bewegungstherapeutisches Programm zur Verbesserung des kognitiven Leistungsvermögens entwickelt werden.

Methodisches Vorgehen:

Die Rekrutierung der Patienten der Phase 1 (N=283) erfolgte in der Reha-Teambesprechung. Die Parameter Tagesschlaftrigkeit, kognitive Leistungsfähigkeit, Schlafstörungen und Schmerzsymptomatik wurden mittels Fragebögen (ESS und FSSKL) erhoben. Für die Ermittlung der Aufmerksamkeit wurde der Paper-Pencil-Test FAIR-2 und zur Bestimmung der Gleichgewichtsfähigkeit der GGT-Reha durchgeführt. Diese Testungen

finden einmalig zu Beginn der Reha statt.

In der 2. Projektphase wurde das SynFit-Programm entwickelt. Es beinhaltet folgende Interventionen:

- Beginn der Reha: 1x60 min Motivationsgespräch (Gruppengespräch)
- Während der Reha: Variante1: 3x á 45 min "SynFit"-Training, Variante2: 6x á 45 min „Syn-Fit“-Training
- Ende der Reha: 1x30 min Einzelgespräch

Das Programm wurde in einer 3. Projektphase erprobt. Die Patienten dieser Phase (N=17) wurden zu drei Messzeitpunkten untersucht. Die in die Studie aufgenommenen Patienten wurden der Interventionsgruppe (IG) und der Kontrollgruppe (KG) randomisiert zugeteilt. Die IG durchlief zusätzlich zum Standardtherapieprogramm das „SynFit“-Programm.

Ergebnisse:

Für die Phase 3 (Erprobungsphase) standen zur Auswertung zum Zeitpunkt t3 die Datensätze von 17 Patienten (56,67 % der Studienteilnehmer) zur Verfügung. In der Fragebogenerhebung wurde als Indikator die psychische Dimension einschließlich ihrer Subskalen des Fragebogens IRES 3.1 bis 3.3 eingesetzt. Erste Ergebnisse bestätigen eine Verbesserung der Mittelwerte der Aufmerksamkeit (K-Wert: t1= 5 Stanine; t2= 6 Stanine), des „psychischen Befindens“ (t1= 13,6 PR; t2= 37,12 PR; t3= 39,19 PR) und der Tagesschläfrigkeit (Summenscore: t1=8,4; t2=6,7; t3=5,2).

Die Stichprobe der Projektphase 3 diente vorrangig zur Überprüfung der methodischen Umsetzbarkeit, so dass die Ergebnisse noch keine signifikanten Aussagen liefern können. Die erkennbaren Tendenzen stützen die Hypothese einer Leistungsverbesserung im kognitiven Bereich bei allen Patienten.

Zusammenfassung:und Umsetzungsempfehlung

Der Bedarf eines „SynFit“-Programms zur Verbesserung kognitiver und mentaler Leistungsdefizite wurde in der 1. Projektphase für die Patienten der Klinik Norderney bestätigt. Auf Ebene der Therapeuten ist das Zusatzprogramm „SynFit“ eine essentielle und sinnvolle Ergänzung zum Standardtherapieprogramm. Ob eine zusätzliche Trainingseinheit geschaffen werden kann oder in die bereits vorhandenen Trainingsstunden integriert werden kann, muss überprüft werden. Welche unterschiedlichen Effekte das Standardtherapieprogramm und das „SynFit“-Programm auf die Aufmerksamkeitsleistung und Konzentration haben, könnte in einem Folgeprojekt beantwortet werden. Darüber hinaus sollte der Frage nachgegangen werden, wie hilfreich solch ein Zusatztraining für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit oder den Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag hat.

Notizen:
