

15. Jahrestagung



Gesellschaft
für Rehabilitation
bei Verdauungs-
und Stoffwechsel-
krankheiten e.V.

Rehabilitationsziele und Lebenswirklichkeit

14.–16. Juni 2007
in Bad Neuenahr-Ahrweiler



gemeinsam mit



Arbeitsgemeinschaft Psychologie
und Verhaltensmedizin der
Deutschen Diabetes-Gesellschaft



Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund
Rehabilitationswissenschaften

Satelliten-Veranstaltung

Jahrestagung update 2007

Rehabilitationsforschungsnetzwerk refonet der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

13.00 – 13.15 Begrüßung
W. Haas, Düsseldorf

Vorsitz: *C. Büchner, Düsseldorf*
P. Wilking, Münster

13.15 – 13.30 Neues aus dem refonet
H. Pollmann, Bad Neuenahr

13.30 – 13.45 Förderung zerebraler Plastizität durch die Spiegeltherapie
C. Dohle, Meerbusch

13.45 – 14.00 Sozialmedizinische und prognostische Wertigkeit der Spiroergometrie bei Patienten mit hochgradig reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion
D. Bassenge, Leichlingen

14.00 – 14.15 Der Einfluss von Bindungsstilen auf das Ergebnis stationärer psychosomatischer Rehabilitation
B. Damke, Manderscheid

14.15 – 14.30 Erfassung von Aktivitätseinschränkungen und Teilhabestörungen bei Diabetes durch die Betroffenen zur Einschätzung ihres Rehabedarfs: Konstruktion eines Fragebogens
A. Barth, Bad Neuenahr

14.30 – 14.45 Optimierung der Intensitätssteuerung des Ergometertrainings in der kardiologischen Rehabilitation. Erste Ergebnisse der OpErgo-Studie
B. Bjarnason-Wehrens, Köln

Vorsitz: *M. Backes, Düsseldorf*
H. Pollmann, Bad Neuenahr-Ahrweiler

- 15.30 – 16.00 Lässt sich der Nutzen von Forschungsprojekten bewerten?
W. Jäckel, Freiburg
- 16.00 – 16.15 Sozioökonomische Bedeutung einer konzeptintegrierten kardialen Nachbetreuung. Erste Ergebnisse aus der SeKoNa-Studie
M. Kohlmeyer, Leichlingen
- 16.15 – 16.30 Evaluation eines interdisziplinären Schmerzbewältigungsprogramms (SBP) bei chronischen Rückenschmerzpatienten in der stationären Rehabilitation
C. Friedrichs, Engelskirchen
- 16.30 – 16.45 Fahreignung nach neurologischen Erkrankungen: Quantitative Analyse unter Berücksichtigung der beruflichen Reintegrationsperspektive
J. Küst, Bad Godesberg
- 16.45 - 17.00 Abschlussdiskussion
- 17.00 – 17.30 Posterausstellung

Lässt sich der Nutzen von Forschungsprojekten bewerten?

Wilfried H. Jäckel, Universitätsklinikum Freiburg und Rheumaklinik Bad Säckingen

In den letzten zwei Dekaden sind – insbesondere mit Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung sowie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und unter Beteiligung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften – erhebliche Anstrengungen zur Intensivierung der Rehabilitationsforschung unternommen worden. Es stellt sich nun die Frage nach der Bewertung dieser Anstrengungen und dabei speziell nach dem Nutzen dieser Forschung.

Zunächst werden einige Möglichkeiten der Nutzenbewertung von Forschung allgemein vorgestellt und danach spezifische Aspekte dieser Bewertung in der Rehabilitationforschung adressiert werden. Hierbei geht es auch um Fragen der Zieldefinition von (Rehabilitations-) Forschung und der Messung der Erreichung dieser Ziele. Die Nutzenbewertung soll dabei aus unterschiedlichen Perspektiven (Versicherte, Reha-Träger, Reha-Einrichtungen, Wissenschaftler, Gesellschaft) diskutiert werden. Abschließend sollen Wege aufgezeigt werden, wie die Bewertung des Nutzens von Rehabilitationsforschung in Zukunft erleichtert und deren Validität verbessert werden können.

Die Projektberichte der refonet-Jahrestagung "update 2007" werden gesondert im **refonet-Bericht 2003 – 2006** herausgegeben.

Die Poster der refonet-Projekte

03002

Optimierung der Intensitätssteuerung des Ergometertrainings in der kardiologischen Rehabilitation (OpErgo)

¹Bjanarson-Wehrens, B.¹, Kohlmeyer, M.², Seifert, A.², Mayer-Berger, W.²

Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin,

²Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Leichlingen

03004

Evaluation eines interdisziplinären Schmerzbewältigungsprogramms (SBP) bei chronischen Rückenschmerzpatienten in der stationären Rehabilitation

Friedrichs, C., Hekle, J., Schmitz, K.; Aggertalklinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

03005

Bindung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation

Koehler, R., Damke, B., Lohmann, K.; Eifelklinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Manderscheid

03006

Fahreignung nach neurologischen Erkrankungen: Quantitative Analyse unter Berücksichtigung der beruflichen Reintegrationsperspektive

Küst, J., Jacobs, U., Karbe, H.; Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Bonn-Bad Godesberg

03008

SeKoNa-Studie – Sekundärprävention bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit durch Anschlussheilbehandlung und anschließender konzeptintegrierter Nachsorge

Kohlmeyer, M., Schwitala, B., Mayer-Berger, W.; Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Leichlingen

03013

Sozialmedizinische und prognostische Wertigkeit der Spiroergometrie bei Patienten mit hochgradig reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion - Vergleich der Spiroergometrie zur etablierten Methode, der Einschwemmkatheteruntersuchung, in einem 1-Jahres-Follow up (SEEK)

Grodzinski, E., Bassenge, D., Mayer-Berger, W.; Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Leichlingen

03014

Evaluation eines Nachsorgeprogramms zum Nichtrauchertraining in der stationären Rehabilitation

Suntrup, D.¹, Resler, J.¹, Büchner, C.²; Nordseeklinik Borkum der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, ² Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf

03015

Förderung zerebraler Plastizität durch die Spiegeltherapie – Evaluation eines neuen Therapieansatzes für die neurologische Rehabilitation

Dohle, C.^{1,2}, Püllen, J.², Nakaten, A.², Kuest, J.², Wullen, T.², Rietz, R.³, H. Karbe, H.²

¹St. Mauritius Therapieklinik, Meerbusch, ²Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshoehe, Bonn, ³Zentrum für Evaluation und Methoden, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

04003

Integration der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) in die orthopädische Rehabilitation Auswirkungen auf Schmerzen und Erwerbsprognose bei chronischen Rückenschmerzen

Fischer, B., Kühn, W., Schöttler, M., Sun, F., M., Merz-Kulascewicz, R.; Lahntalklinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Bad Ems

04007

Erfassung von Aktivitätseinschränkungen und Teilhabestörungen bei Diabetes durch die Betroffenen zur Einschätzung ihres Rehabedarfs - Konstruktion eines Fragebogens

Barth, A., Mühlchen, A., Pollmann, H.; Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

04008

Evaluation der Nachhaltigkeit von Viniyoga in der stationären Rehabilitation von Patienten mit arterieller Hypertonie

Fusshöller, C.¹, Mayer-Berger, W.¹, Moebus, S.², C. Pieper, C.²; ¹Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, ²Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE), Universitätsklinikum Essen

05002

Aphasische Kommunikation: Kommunikative Diagnostik und kommunikative Strategien bei aphasischen Personen und deren Angehörigen

Bülau, P.

Westerwaldklinik, Waldbreitbach

05004

Kommunikationsorientierte forced-use Therapie bei Aphasikern

Küst, J., Kuhn, D., Wadehn, J., Karbe, H.; Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Bonn-Bad Godesberg

05005

Versorgungslage und Bedürfnisse türkischer Migranten mit Diabetes mellitus in der stationären Rehabilitation

Huth, F.¹, Hübner, P.¹, Sauer, M.², Halm, D.²; ¹Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Bad Neuenahr-Ahrweiler, ²Zentrum für Türkeistudien Universität Essen-Duisburg

05008

Vergleich der Effekte einer Intervallrehabilitation mit denen einer konventionellen Rehabilitation bei Erwerbsfähigen mit Diabetes mellitus Typ 2

Gundula Ernst¹, Peter Hübner², ¹Medizinische Hochschule Hannover; ²Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Bad Neuenahr-Ahrweiler

05010

Fahreignung nach neurologischen Erkrankungen: Fahrverhalten und Therapie

Küst, J., Jacobs, U., Karbe, H.; Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Bonn-Bad Godesberg

Praxis der Wundversorgung

Referentin: *Monika Kuth, Troisdorf*

13.00 – 15.00 Praxis der Wundversorgung
Ein Seminar für Ärzte und Pflegende

Grundlagen der modernen Wundversorgung

Monika Kuth, Rahm Orthopädie- und Rehathechnik, Troisdorf

Rund zwei bis drei Millionen Menschen in Deutschland leiden unter chronischen Wunden. Alleine bis zu 14% aller stationär aufgenommen Patienten und bis zu 40% der Menschen in häuslicher Pflege leiden an Dekubitalulzerationen. Die jährlichen Behandlungskosten alleine für an Ulcus Cruris Erkrankte (ca. 1,5 Mio. Erkrankte) werden in Deutschland auf 1 – 1,2 Milliarden Euro geschätzt.

Bei diesen Zahlen rückt es fast in den Hintergrund, dass chronische Wunden bei jedem einzelnen Patienten mit körperlichen Schmerzen, Einschränkungen der Mobilität, sozialer Isolation und damit erheblicher Einschränkung der Lebensqualität einhergehen. Um diese Wunden zum Abheilen zu bekommen, muss man sowohl die Grunderkrankung als auch die Wunde selbst gezielt therapieren. Dies erfordert ein funktionierendes Zusammenspiel zwischen behandelndem Arzt, Pflegekraft u./o. Wundtherapeut, Patient und Produkteinsatz. Nach Meinung von Sachverständigen bewegt sich die Versorgung von Wunden jedoch im Grenzbereich zwischen Fehlversorgung und Unterversorgung.

In den letzten 15 Jahren hat sich die Forschung verstärkt mit den Vorgängen bei der Wundheilung befasst, und es hat große Entwicklungen gegeben. Dieses erweiterte Wissen hat Konsequenzen für die Wundversorgung.

Ziel des Workshops ist es, über die aktuelle Entwicklung in der Wundversorgung zu informieren. Praxisnah und verständlich wird dargestellt, wie der Einsatz moderner Wundtherapeutika praktiziert werden kann.

Das diabetische Fußsyndrom in der Rehabilitation

Vorsitz: H.-P. Filz, Lindenfels
P. Hübner, Bad Neuenahr

- 15.30 – 16.30 Standards und besondere Aufgaben bei der Wundbehandlung
B. Oser, Bernkastel-Kues
- 16.30 – 17.00 Was kann der Podologe bei der Behandlung des DFS leisten?
H. Stanger, Quakenbrück
- 17.00 – 17.30 Therapieerfordernisse, Patientenselbstbestimmung, Ängste und Barrieren - wie gehe ich als Therapeut damit um?
S. Woods, Hamburg

Satelliten-Veranstaltung

Vorstellung der Rehabilitationsleitlinie Diabetes mellitus

Vorsitz: C. Korsukéwitz, Berlin
R. Buschmann-Steinhage, Berlin

- 13.00 – 13.10 Begrüßung und Einführung
C. Korsukéwitz, Berlin
R. Buschmann-Steinhage, Berlin
- 13.10 – 13.30 Einführung in das Reha-Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung
S. Brüggemann, Berlin
- 13.45 – 14.30 Vorstellung der Reha-Leitlinie Diabetes mellitus
H. Raspe, Lübeck
- 15.30 – 16.30 Empirische Ergebnisse: Wieweit entspricht die aktuelle rehabilitative Versorgung den Leitlinienanforderungen? Sind die Leitlinienanforderungen realistisch?
B. Lindow, Berlin
- 17.00 – 17.30 Ausblick und Verabschiedung
C. Korsukéwitz, Berlin
R. Buschmann-Steinhage, Berlin

09.00 – 09.45 **Eröffnung und Grußworte**
H. Pollmann, Bad Neuenahr-Ahrweiler
J. Körber, Bad Kreuznach
M. Backes, Düsseldorf
H.-U. Tappe, Bad Neuenahr-Ahrweiler
J. Pföhler, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Vorsitz *D. Rosemeyer, Bad Driburg*

09.45 – 10.30 **Quergedacht**

Evidenz-basierte Medizin und Religion
H. Raspe, Lübeck

Soziale Determinanten des Rehabilitationserfolges

Vorsitz: *B. Greitemann, Bad Rothenfelde*
T. Schott, Bielefeld

11.00 – 11.20 Selbstmanagement und Empowerment – erreichen wir alle Betroffenen mit unseren Konzepten?
B. Kulzer, Bad Mergentheim

11.20 – 11.40 Patient-Arzt-Interaktion – auch ein Schichtproblem?
S. Dibbelt, Bad Rothenfelde

11.45 – 12.05 Gender in der Rehabilitation – profitieren Frauen und Männer gleichermaßen?
G. Grande, Leipzig

12.05 – 12.25 Migranten in der Rehabilitation – reichen unsere Programme aus?
P. Hübner, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Gender in der Rehabilitation – profitieren Männer und Frauen gleichermaßen?

Gesine Grande, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur, FB Sozialwesen, Leipzig

Während in der Gesundheitsforschung immer häufiger die Berücksichtigung genderspezifischer Besonderheiten in Forschung und Praxis gefordert und eingelöst wird, fehlen in der Rehabilitationsforschung bisher sowohl systematische Erkenntnisse zum geschlechtsspezifischen Rehabilitationsbedarf als auch zur Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz von Rehabilitationsangeboten für Männer und Frauen. Am Beispiel der kardiologischen Rehabilitation lässt sich aber zeigen, dass Männer und Frauen mit KHK in einer anderen psychosozialen Lebenssituation von der Krankheit betroffen und psychosoziale Belastungen und Ressourcen – Faktoren, die Rehabilitationsbedarf und -erfolg beeinflussen – ungleich verteilt sind. Darüber hinaus gibt es erste Hinweise, dass Männer und Frauen unterschiedliche Strategien favorisieren, um mit Belastungen umzugehen und ihre Krankheit zu bewältigen.

Standardisierte Rehabilitationsprogramme für PatientInnen mit KHK oder Diabetes haben sich bisher wegen der fehlenden Erkenntnisse zu weiblichen Patienten vor allem an der spezifischen Situation und dem Rehabilitationsbedarf männlicher Patienten orientiert. Ob die geringere Orientierung der Programme insbesondere am psychosozialen Versorgungsbedarf von Frauen auch zu schlechteren Rehabilitationsergebnissen führt, kann bisher nur spekuliert werden. Jüngere Studien zur psychosozialen Nachsorge von PatientInnen nach Herzinfarkt zeigten, dass Frauen von einer standardisierten psychosozialen Intervention entweder gar nicht profitierten oder sogar tendenziell eine schlechtere Prognose hatten. Für die Entwicklung differentieller Rehabilitationsprogramme für Männer und Frauen fehlen jedoch bisher Leitlinien und eine systematische empirische Datenbasis.

Migranten in der Rehabilitation - reichen unsere Programme aus?

Peter Hübner, Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Die gesundheitliche Situation der Migranten in Deutschland ist nur wenig erforscht. Es gibt jedoch zahlreiche Hinweise darauf, dass große Teile der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (sog. Gastarbeiter, Spätaussiedler, politisch Verfolgte, illegale Einwanderer) eine schlechtere gesundheitliche Versorgung erfahren als die deutsche Ursprungsbevölkerung. Beispiele hierfür sind Untersuchungen zur Zahngesundheit, zur Güte der Stoffwechseleinstellung bei Diabetes mellitus und zu Therapieerfolgen bei psychischen Krankheiten.

Es liegen mittlerweile Untersuchungen aus zahlreichen Ländern vor, die erfolgreiche Gesundheitsprogramme für sozial benachteiligte Migranten beschreiben. Ihre wichtigsten Elemente sind muttersprachliche Kompetenz der Therapeuten, die Beachtung des soziokulturellen Hintergrundes und des Bildungsstandes der Patienten bei Schulungsmedien und Therapieinhalten, ein hoher Anteil an praktischen und nonverbalen Elementen und eine eher niedrigschwellige Herangehensweise.

Es werden exemplarisch einige Interventionsprogramme für Migranten vorgestellt: Im Salzburger Projekt für türkische Frauen mit Gestations-Diabetes erreichten die Migrantinnen die gleichen Outcomes wie die österreichischen Schwangeren; in der amerikanischen Starr County Border Health Initiative konnte durch eine niedrigschwellige bilinguale und kulturadaptierte Intervention eine deutliche Verbesserung der Blutzucker-Stoffwechsellage von mexikanischen Immigranten, vergleichbar mit der der weißen Population, erreicht werden. Povlsen erzielte in Dänemark durch die muttersprachliche Wiederholungsschulung von Familien mit Kindern mit Typ 1 Diabetes eine signifikante Verbesserung der Stoffwechsellage. Nickel konnte in der stationären Psychotherapie für türkische Migranten in Bayern eine deutliche Verbesserung der klinischen Symptomatik, nicht jedoch der sozialmedizinischen Effekte nachweisen. Durch die Aufnahme in ein Verbundprojekt mit bikulturell kompetenter Nachsorge konnte Grube in Frankfurt/M. die stationäre Behandlungsdauer von nicht-schizophrenen psychisch kranken türkischen Patienten signifikant verkürzen und die Quote der Wiederaufnahme verringern. Untersuchungen aus Deutschland zur Wirksamkeit migrantenspezifischer Programme in der Rehabilitation liegen mit Ausnahme der Psychosomatik kaum vor.

In zahlreichen Studien mit migrantenspezifischen Interventionen zeigen sich Erfolge, die auf eine zielgruppenorientierte Arbeitsweise zurückzuführen sind. Gleichzeitig werden Probleme und Barrieren sichtbar, die einen negativen Einfluß auf die Behandlungsqualität haben. Sie können offenbar durch die meisten Therapieprogramme nicht überwunden werden. Auswirkungen von Phänomenen wie Migrationsstress, Zugehörigkeit zur Unterschicht und schlechtem Zugang zum Gesundheitssystem könnten eine Rolle spielen.

Depression als relevante Komorbidität in der Rehabilitation

Vorsitz: *R. Doßmann, Bad Mergentheim*
R. Fischhold, Passau

11.00 – 11.20 Diagnostik einer Depression in der Rehabilitation
T. Tuschhoff, Bad Mergentheim

11.20 – 11.40 Depression und Diabetes mellitus
J. Kruse, Düsseldorf

11.45 – 12.05 Depression und Krebserkrankung
F. A. Muthny, Münster

12.05 – 12.25 Therapeutische Optionen in der Rehabilitation
C. Derra, Bad Mergentheim

Diagnostik einer Depression in der Rehabilitation

Thomas Tuschhoff, Reha-Zentrum Bad Mergentheim Klinik Taubertal, Bad Mergentheim

Depression ist eine sehr häufige psychische Störung. Die Punktprävalenz aller depressiven Störungen liegt in der Normalbevölkerung bei über 10%. Unter schweren behandlungsbedürftigen Depressionen leiden 2% – 7% der Menschen. Die Lebenszeitprävalenz liegt zwischen 7% und 18%. Bei chronisch Kranken, die in Rehabilitationskliniken behandelt werden, ist die Prävalenz depressiver Störungen deutlich erhöht. Bei Menschen mit Diabetes ist sie etwa verdoppelt.

Depression ist eine lebensgefährliche psychische Störung. 5% - 15% der Betroffenen sterben durch Suizid. Sie verschlechtert auch das Behandlungsergebnis bei somatischen Erkrankungen. Die Blutzuckereinstellung depressiver Diabetiker ist signifikant schlechter als die von nicht-depressiven.

Depressive Störungen werden häufig nicht erkannt und noch häufiger nicht adäquat behandelt. Eine valide Diagnostik depressiver Störungen in der Rehabilitation ist die Voraussetzung dafür, dass eine wirksame Therapie eingeleitet werden kann. Da es aus praktischen und ökonomischen Gründen unmöglich ist, mit jedem Rehabilitanden ein umfangreiches psychodiagnostisches Interview zu führen, in dem die Diagnosekriterien für Depression des DSM IV bzw. der ICD-10 abgeprüft werden, wird ein mehrstufiges Vorgehen vorgeschlagen. Es besteht aus einem Screening-Test, der kurz, einfach und ökonomisch ist. Er soll eine möglichst hohe Sensitivität besitzen. Dafür können kurze standardisierte Testverfahren mit bis zu 4 Items eingesetzt werden. Das Basisdokumentationssystem Megaredo der GRVS enthält einen evaluierten Depressionsfragebogen, der als Screening-Test für depressive Störungen geeignet ist. Eine interessante Alternative ist der WHO-5-Fragebogen, der mit nur 5 Items das Wohlbefinden erfasst. Ist ein solcher Screening-Test positiv, soll sich eine weiterführende Diagnostik mit einem umfangreicheren Testverfahren anschließen, die insbesondere falsch positive Befunde ausschließt. Hierfür eignen sich die

einschlägigen standardisierten Testverfahren bzw. ein psychodiagnostisches Interview an Hand der Kriterien von ICD-10 und DSM-IV.

Depression und Diabetes mellitus

Johannes Kruse, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Die aktuelle psychodiabetologische Forschung entdeckte in der vergangenen Dekade die Bedeutung der depressiven Symptomatik für die Entstehung und den Verlauf insbesondere des Typ 2 Diabetes. Ein Viertel der Patienten mit Diabetes mellitus leidet unter einer depressiven Symptomatik bis hin zu einer depressiven Störung. Epidemiologische Studien legen nahe, dass Depressivität bei Menschen mit Diabetes einhergeht mit einem ungünstigen Krankheits- und Therapieverhalten, eingeschränkter Lebensqualität, größeren Einschränkungen in der Funktionalität, erhöhtem Risiko für die Entwicklung von Folgeerkrankungen sowie mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko.

Als Ursache für das erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko bei depressiven Menschen mit Diabetes werden einerseits neuroendokrinologische Veränderungen diskutiert. Insbesondere die Aktivierung des angeborenen Immunsystems und Veränderungen in der Regulation in der HPA-Achse werden hierfür verantwortlich gemacht wie auch die Steigerung der Thrombozytenaggregation und Veränderungen in der Regulation im autonomen Nervensystem. Andererseits kann die Prognose durch das ungünstige Therapie- und Krankheitsverhalten der depressiven Patienten eingeschränkt sein. Erste Studien belegen, dass psychotherapeutische Interventionen hilfreich sind, die Lebensqualität der depressiven Patienten mit Diabetes zu steigern und ihr Therapieverhalten zu verbessern.

Methoden-Workshop: Statistischer Test und Varianzanalyse

Vorsitz: *G. Berg, Bielefeld*
M. Kutschmann, Bielefeld

11.00 – 12.30 Einführung in statistische Testverfahren

13.30 – 17.30 Einführung in die Varianzanalyse

Statistische Tests und varianzanalytische Verfahren in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung

Marcus Kutschmann, Gabriele Berg, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG Epidemiologie & International Public Health

Für den Nachweis von Unterschieden oder Effekten können in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung statistische Tests verwendet werden. Einer der am häufigsten verwendeten Tests ist der t-Test für unverbundene Stichproben. Mit seiner Hilfe lässt sich z. B. untersuchen, ob es zwischen Patienten, die nach einer stationären Rehabilitation noch eine Nachsorgemaßnahme erhalten, und Patienten, die keine Nachsorgemaßnahme erhalten, signifikante Unterschiede hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gibt. Will man dagegen drei Gruppen miteinander vergleichen (z. B. Nachsorge A, Nachsorge B, keine Nachsorge), wäre das Verfahren der Wahl eine Varianzanalyse.

Anhand des t-Tests für unverbundene Stichproben wird zunächst das Prinzip statistischer Tests erläutert. Auf dieser Grundlage werden weitere parametrische und nicht-parametrische Tests vorgestellt. Letztere werden beispielsweise dann verwendet, wenn die Modellvoraussetzungen der parametrischen Tests (wie z. B. die Annahme einer Normalverteilung) nicht erfüllt sind. Des Weiteren werden varianzanalytische Verfahren, wie der F-Test oder die Varianzanalyse für Messwiederholungen, erklärt, die dann zum Einsatz kommen können, wenn mehr als zwei Gruppen miteinander verglichen werden sollen. Zum besseren Verständnis werden die vorgestellten Prinzipien anhand von Beispielen aus der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung erläutert.

Das Verständnis der gängigen statistischen Test- und varianzanalytischen Verfahren und die Berücksichtigung der entsprechenden Modellvoraussetzungen ist notwendig, um die für die jeweilige Forschungsfragestellung adäquate statistische Methode auswählen zu können. Nur auf diese Weise ist gewährleistet, dass man aussagekräftige Forschungsergebnisse erhält, die weitere Rückschlüsse erlauben.

Vorsitz *W. Tittor, Bad Mergentheim*

13.30 – 13.55 **Quergedacht**

Gerechtigkeit und Gesundheit - ein Thema jenseits der Verteilungsdebatte

J. Siegrist, Düsseldorf

Gerechtigkeit und Gesundheit – ein Thema jenseits der Verteilungsdebatte

Johannes Siegrist, Universität Düsseldorf, Institut für Sozialmedizin, Düsseldorf

Mit dem demographischen Altern und steigender altersbedingter Morbidität nimmt der Bedarf an behandlungs- und pflegeintensiven Leistungen zu. Damit verschärft sich das Problem der Leistungsfinanzierung durch das Solidarsystem. Angesichts begrenzter Ressourcen gewinnen Fragen der Rationierung von Versorgungsleistungen insbesondere im höheren Lebensalter und der ihr zugrundeliegenden Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit durchaus an Aktualität. Betrachtet man allerdings die Größenordnung der gesamten Gesundheitsausgaben und den Beitrag des Versorgungssystems zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung insgesamt, so erscheint eine vorrangige Betonung altersbezogener Rationierung nicht gerechtfertigt.

Neben der Frage der Verteilungsgerechtigkeit bei Therapieleistungen erhalten nämlich einerseits Fragen der Verfahrensgerechtigkeit, d.h. gleicher Zugangschancen zu bestimmten diagnostischen, präventiven und kurativen Maßnahmen, in einer sich abzeichnenden Zwei-Klassen-Medizin wachsende Bedeutung (z. B. Zuzahlungsregelungen, Leistungsbegrenzungen). Dies gilt insbesondere dann, wenn neben ökonomischen auch sozio-kulturelle Zugangsbarrieren berücksichtigt werden.

Andererseits spielen Aspekte der Tauschgerechtigkeit im Gesundheitswesen eine Rolle, und zwar insbesondere bei der Entstehung und Verhütung bestimmter stress-assoziiierter Erkrankungen. So ist in neueren medizinsoziologischen Studien gezeigt worden, dass wiederkehrende Verletzungen von Prinzipien der Tauschgerechtigkeit im Erwerbsleben ('Modell beruflicher Gratifikationskrisen') zu einer Verdoppelung des Risikos kardiovaskulärer Erkrankungen und affektiver Störungen führen und damit die Krankheitslast der Erwerbsbevölkerung erhöhen.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Eine Verengung des Themas 'Gerechtigkeit und Gesundheit' auf rationierungsbezogene Verteilungsgerechtigkeit ist aus wissenschaftlicher Sicht nicht angemessen. Sie birgt darüber hinaus die Gefahr in sich, wichtigen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf zu verschleiern.

Rehabilitation als Impuls zur Lebensstiländerung

Vorsitz: *P. Hübner, Bad Neuenahr-Ahrweiler*
T. Tuschhoff, Bad Mergentheim

a) Lebensstiländerung als Behandlungsziel – Wunsch und Wirklichkeit

- 14.00 – 14.20 Effekte von Lebensstiländerung – Was ist gesichert?
G. Ernst, Hannover
- 14.20 – 14.40 Lebensstiländerung: Defizitorientierte versus
ressourcenorientierte Modelle
S. Lippke, Berlin
- 14.40 – 15.00 Therapeutische Konzepte der Aufrechterhaltung und Boosterung
von Lebensstiländerungen
U. Worringen, Berlin
- 15.00 – 15.20 Lebensstiländerung und soziale Schicht
N. Hermanns, Bad Mergentheim

b) Welche Programme sind erfolgreich?

- 16.00 – 16.20 Allgemeine Gesundheitsbildung in der Rehabilitation – Effekte
eines Gruppenprogramms
A. Reusch, Würzburg
- 16.20 – 16.40 Die Dicken in Bewegung bringen – Beispiel MOBILIS-Programm
M. Hautz, Freiburg
- 16.40 – 17.00 Lebensstiländerung bei Adipositas – Effekte des
Langzeitprogramms ALIFE
D. Nord-Rüdiger, Lindenfels-Winterkasten
- 17.00 – 17.20 Programme zur Raucherentwöhnung
E. Schmidt, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Lifestyle changes – Was ist gesichert?

Gundula Ernst, Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

Unser heutiges Krankheitsspektrum wird von so genannten Zivilisationskrankheiten wie koronare Herzerkrankungen oder Diabetes mellitus Typ 2 geprägt. Dies sind chronische, multifaktoriell bedingte Erkrankungen, bei deren Entstehung und Verlauf der Lebensstil eine maßgebliche Rolle spielt. Rein medizinische Maßnahmen sind meistens zur Behandlung nicht ausreichend, zusätzlich werden vom Patienten Veränderungen des Verhaltens gefordert, wie z. B. Aufgabe des Rauchens, Etablierung von mehr Bewegung im Alltag, Umstellung der Ernährungsgewohnheiten und Reduktion von Übergewicht. Es wurde daher eine Vielzahl von Kampagnen und gezielter Schulungsprogramme entwickelt, die durch Wissensvermittlung, Einstellungsänderung und Verhaltenstraining zu solchen Lifestyle changes befähigen wollen.

Häufiges Gegenargument der Betroffenen ist der hohe Aufwand im Vergleich zum geringen Nutzen solcher einschneidenden Veränderungen. Es stellt sich also die Frage nach den Effekten von Lebensstiländerungen. Wesentliche Kriterien sind die langfristige Morbidität und Mortalität. Beim Nikotinabusus sind die Zusammenhänge gut gesichert. Raucher erkranken häufiger an chronischer Bronchitis und Lungenkrebs und sie sterben im Durchschnitt früher als Personen, die nicht rauchen. Nach Aufgabe des Rauchens bildet sich das Risiko zurück und gilt nach 10 Jahren wieder als weitgehend ausgeglichen.

Regelmäßige körperliche Bewegung reduziert das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Adipositas. Sie hat förderliche Effekte auf die Prävention und Therapie von Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Osteoporose und psychische Befindlichkeitsstörungen (Angst, Depressivität). Die Verbesserung der koronaren Risikofaktoren scheint die Gefahr durch Unfälle und die kurzfristige zeitliche Zunahme von plötzlichen Todesfällen zu überwiegen. Allerdings gibt es nur wenige Daten zu Unfällen und Verletzungen. Die Empfehlungen zu Umfang und Intensität körperlicher Aktivität sind uneinheitlich.

Übergewicht ist u.a. assoziiert mit der Zunahme von Koronar- und Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Haltungs- und Bewegungsapparates sowie bösartigen Neubildungen. Die Morbiditätsrate steigt dabei mit dem Grad des Übergewichts. Mehrere randomisierte Studien konnten zeigen, dass ein Gewichtsverlust bei Übergewichtigen eine Verbesserung koronarer Risikofaktoren und damit im Zusammenhang stehenden Krankheiten bringt. Die langfristigen Effekte und die Reduzierung der Mortalität werden jedoch kontrovers diskutiert. Eine Erklärung hierfür ist der negative gesundheitliche Effekt von häufigen Gewichtsschwankungen.

Darüber hinaus wird der Unterschied zwischen randomisierten Studien und epidemiologischen Untersuchungen beleuchtet und gesundheitsökonomische Aspekte sowie Fragen der Lebensqualität diskutiert.

Lebensstiländerung: defizitorientierte versus ressourcenorientierte Modelle

Sonia Lippke , Ralf Schwarzer, Freie Universität Berlin, Gesundheitspsychologie, Berlin

Inhalte von Lebensstiländerungen sind alle Maßnahmen, die zu einer Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens führen. Was ist nun aber der erstrebenswerte Zustand, und was soll verhindert werden? Ist Gesundheit der vollkommene Zustand des absoluten Glückseligseins, der kompletten Beschwerdefreiheit und höchster körperlicher Leistungsfähigkeit? Bei Menschen mit chronischen Krankheiten wie Diabetes ist zu beobachten, dass das Leben mit vielen Einschränkungen verbunden ist, die sich zwar mindern, jedoch nicht abschalten lassen. Können Menschen, die eine chronische, irreversible Krankheit haben, überhaupt gesund sein oder gesund werden, obwohl ihre Beeinträchtigung sie immer begleiten wird?

Defizitorientierte Gesundheitsmodelle verstehen Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit. Dabei ist jedoch das Problem, dass dies eine negative Definition ist: Gesundheit wird nur durch die Abgrenzung von Krankheit bestimmt. Das erste offizielle positive, ressourcenorientierte Modell stammt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1948. Allgemein kann festgestellt werden, dass zu Gesundheit nicht nur körperliches Wohlbefinden (z. B. relative Freiheit von Beschwerden, Beeinträchtigungen und Krankheit) und psychisches Wohlbefinden (z. B. Lebenszufriedenheit) gehören, sondern dass auch Leistungsfähigkeit, Selbst-Verwirklichung und Sinnfindung zu berücksichtigen sind. Gesundheit ist nicht nur dann erreicht, wenn keine Krankheiten und Einschränkungen vorliegen. Vielmehr ist Gesundheit ein Pol auf einem Kontinuum, auf dem Menschen sich körperlich, psychisch und sozial weniger oder mehr wohl fühlen und sich hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit, ihrer Selbst-Verwirklichung und der Sinnfindung unterscheiden.

Ziel der ressourcenorientierten Gesundheitsförderung ist es, Menschen darin zu unterstützen, dass sie akute oder chronische Stressoren und Belastungen so meistern können, dass sie entweder keine oder eine möglichst geringe medizinisch fassbare (Folge-) Erkrankung entwickeln (z. B. Kardiovaskuläre Erkrankungen) oder trotz einer nicht reversiblen Einschränkung (bspw. Diabetes Mellitus) ein hinreichendes Maß an Wohlbefinden und Lebensqualität erleben. Damit ist Gesundheit auch dann möglich, wenn vollkommenes Glückseligsein, absolute Beschwerdefreiheit und höchste körperliche Leistungsfähigkeit nicht existieren. Insbesondere für ältere und chronisch beeinträchtigte Menschen hat das die Konsequenz, dass sie – auch wenn sie medizinische Diagnosen aufweisen – trotzdem als "gesund" verstanden werden können.

Ein bedeutender Anteil an der Gesundheit wird dem Gesundheitsverhalten (wie z. B. dem körperlichen Training) zugeschrieben. Modelle, die die Lebensstiländerungen beschreiben und erklären (wie z. B. körperlich aktiver werden), lassen sich ebenfalls in defizitorientierte und ressourcenorientierte Modelle einteilen. Defizitorientierte Modelle betonen vor allem, was Menschen riskieren bzw. verlieren können, wenn sie ungesund leben. Nach diesen Modellen sollen Menschen sich über die Gefahren bestimmter Lebensstile bewusst sein und damit gesundheitliche Überzeugungen ausbilden, die dann zu gesundheitslichem Handeln motivieren sollen. Solch ein Modell ist die Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory, PMT; Rogers, 1975). Die PMT beschreibt, wie Furchtappelle auf Bedrohungseinschätzungen (defizitorientierte Kognitionen) wirken. Die Bedrohungseinschätzung setzt sich zusammen aus Verwundbarkeit und Schweregrad. Ferner wird auch die Bewältigungseinschätzung (Ressourcen bzw. ressourcenorientierte Kognitionen) als bedeutsam für die Bildung einer Schutzmotivation angenommen. Diese besteht aus den positiven Komponenten Handlungswirksamkeit ("wenn ich nicht rauchen, dann lebe ich

länger") und Selbstwirksamkeit ("ich traue mir zu, mit dem Rauchen aufzuhören, auch wenn ich gestresst bin"), von denen die Handlungskosten abgezogen werden. Bedrohungseinschätzung und Bewältigungseinschätzung führen zu einer Intention ("ich habe die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören") und idealerweise auch zur Verhaltensänderung (Nichtrauchen). Das Modell kann die Gedanken, Gefühle und das Verhalten sowohl von Menschen mit Diabetes Mellitus Typ 1 als auch Typ 2 abbilden. Jedoch haben Untersuchungen gezeigt, dass die Bedrohungseinschätzungen einen sehr viel geringeren Einfluss auf die Intentionsbildung nehmen als die Bewältigungseinschätzungen (Plotnikoff et al. 2006).

Ressourcenorientierte Modelle betonen stärker die positiven Aspekte der Verhaltensänderung (z. B. was gewonnen werden kann) und Ressourcen, die es zu stärken gilt (wie Selbstwirksamkeitserwartung, Strategien bei der Umsetzung von guten Absichten in die Tat sowie soziale Unterstützung). Solch ein ressourcenorientierte Modell ist das Sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Health Action Process Approach, HAPA; Schwarzer, 1992). Das Modell umfasst motivationale Ressourcen (die für die Zielsetzung wichtig sind) und volitionale Prozesskomponenten (post-dezisionale Anteile wie bspw. Planung). Nach dem Modell wird angenommen, dass Menschen zunächst einen konflikthaften Entscheidungs- und Motivierungsprozess durchlaufen, der in einer Zielsetzung gipfelt, bevor sie darangehen, das neue oder schwierige Verhalten zu planen und in den Alltag zu integrieren. In der ersten Phase (prä-dezisionale Phase, nicht-intentionales Stadium) werden Menschen von Kognitionen geleitet. Neben Risikobewusstsein sind dies vor allem die Ergebniserwartungen und die Selbstwirksamkeitserwartungen. Wenn Menschen sich ein konkretes Handlungsziel setzen, steigen sie in die volitionale Phase ein, in der es zunächst um die Planung (post-dezisional prä-aktiv, intentionales Stadium) und Handlungsinitiative und -aufrechterhaltung (aktives/aktionales Stadium) geht. In der volitionalen Phase sind personale und soziale Ressourcen bedeutsam: Wer optimistisch an die eigene Kraft zum Durchhalten glaubt (also eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung hat), und bei Bedarf sein soziales Netz geschickt zu mobilisieren weiß (um soziale Unterstützung zu erhalten), kann Widerstände überwinden und seine Ziele dauerhaft in die Tat umsetzen. Bei der Untersuchung von Menschen mit Typ 2 Diabetes zeigt sich, dass generell die Ressourcen bedeutsamer sind als defizitorientierte Komponenten. Es ist aber auch zu beobachten, dass Menschen, die noch keine Absicht gebildet haben, ihr Verhalten zu ändern, von Risikoinformationen profitieren können (Lippke et al. 2006).

Wie können nun Lebensstiländerungen effektiv gefördert werden? Ressourcen wie Selbstwirksamkeitserwartungen sind für alle Menschen, also Personen in unterschiedlichen Prozessen, hilfreich. D.h. Selbstwirksamkeitserwartungen sollten in allen Maßnahmen gefördert werden. Ressourcen wie Handlungs- und Bewältigungspläne sollten dagegen v.a. bei Personen unterstützt werden, die ihren Lebensstil ausdrücklich ändern wollen. Weitere Beispiele und konkrete Möglichkeiten, wie auf Grundlage von ressourcenorientierten Modellen Maßnahmen gestaltet werden können, werden im Beitrag vorgestellt (z. B. Lippke, Schwarzer & Ziegelmann, 2004). Projekte mit Menschen, die Diabetes Typ 1 oder 2 haben, und Personen mit Metabolischem Syndrom oder anderen Risikofaktoren für Diabetes Typ 2, zeigen, dass diese Maßnahmen effektiv sind.

Referenzen

Lippke, S., Plotnikoff, R., Courneya, K., Birkett, N. & Sigal, R. (2006). Who is motivated and how they get motivated to perform physical activity? A theory-based study of individuals with type 2 diabetes. *Diabetologie und Stoffwechsel*, *S1*, S102.

Lippke, S., Ziegelmann, J. P., & Schwarzer, R. (2004). Initiation and maintenance of physical exercise: Stage-specific effects of a planning intervention. *Research in Sports Medicine*, *12*, 221-240.

Plotnikoff, R.C., Lippke, S., Courneya, K.S., Birkett, N., & Sigal, R. (2006) *Self-efficacy's role in Protection Motivation Theory: Explaining physical activity in type 1 and*

type 2 diabetics. Poster presented at the International Conference of Behavioural Medicine, Bangkok, Thailand.

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. R. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychology: A sourcebook* (pp. 153-176). New York: Guilford.

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Bristol, PA: Taylor & Francis.

Therapeutische Konzepte der Aufrechterhaltung und Boosterung von Lebensstiländerungen

Ulrike Worringen, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Das erste Rahmenkonzept zur Beschreibung von rehabilitativen Nachsorgeleistungen der Deutschen Rentenversicherung wurde im Jahre 2001 verabschiedet. Es wurde 2007 von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rehabilitationsnachsorge abgelöst. Den Empfehlungen zur Weiterentwicklung liegen Ergebnisse wissenschaftlicher Studien und Umfrageergebnisse der Rentenversicherungsträger zu Grunde. Zwischen den einzelnen Rehabilitationsträgern lassen sich Unterschiede im Umfang und der Ausgestaltung der Nachsorgeleistungen finden. Eine gegenseitige Anerkennung der Leistungen wird angestrebt.

Grundsätzlich ist eine wachsende Inanspruchnahme von medizinischen Nachsorgeleistungen zu beobachten (über 40.000 Leistungen im Jahre 2005). Leistungserbringer sind vorwiegend ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Die Rehabilitationsnachsorgeleistungen werden durch die vorangegangenen Rehabilitationseinrichtungen verordnet.

Ziel der Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation ist die Stabilisierung des bislang erzielten Behandlungserfolgs durch Transfer von Lebensstiländerung in den Alltag der Versicherten. Rehabilitation und Nachsorgeleistungen bauen dabei aufeinander auf.

Nachsorgeleistungen streben die Förderung der Eigenaktivität und die Stärkung der Selbsthilfepotentiale der Versicherten an. Bei Bedarf können Angehörige in die Nachsorge einbezogen werden.

Es kann unterschieden werden zwischen wohnortnahen und überregionalen Nachsorgeangeboten. Als wohnortnahe Angebote gelten die **Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA)**, das Curriculum Hannover, das Funktionstraining oder auch der Rehabilitations-sport. Zu den überregionalen Angeboten zählen sowohl Nachschulungen, sogenannte Auffrischkurse als auch telefonische Nachsorge und Internetangebote.

Die bislang am häufigsten in Anspruch genommene Nachsorgeleistung ist die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA, 65% aller Nachsorgemaßnahmen im Jahre 2005). Die Nachsorge kann grundsätzlich alle Elemente der medizinischen Rehabilitation umfassen (u.a. sport- und bewegungstherapeutische, psychologische, edukative Angebote).

Im Vortrag werden therapeutische Ansätze der telefonischen Nachsorge auf der Grundlage vorliegender Modellprojekte beispielhaft vorgestellt.

Allgemeine Gesundheitsbildung in der Rehabilitation – Effekte eines Gruppenprogramms

Andrea Reusch, Veronika Stöbl, Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Würzburg

Gesundheitsbildung ist seit mehr als zwei Jahrzehnten Bestandteil der stationären medizinischen Rehabilitation. Im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung werden dabei drei Bereiche unterschieden (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), 1996): (1) einführende, krankheitsübergreifende Maßnahmen der Gesundheitsbildung, (2) weiterführende, vertiefende Maßnahmen bei bestimmten individuellen Problemkonstellationen, wie z. B. die Raucherentwöhnung, sowie (3) krankheitsspezifische Maßnahmen, wie die Patientenschulung. Der VDR hat bereits Mitte der achtziger Jahre ein allgemeines (krankheitsübergreifendes) Programm zur Gesundheitsschulung mit dem Titel "Gesundheit selber machen" (VDR, 1984) veröffentlicht, das risikoverhaltensorientiert ist und auf die Veränderung von Bewegungsmangel, Fehlernährung und Stress abzielt. In der rehabilitativen Praxis wurden Elemente dieses Programms (Themen, Folien) in der Regel als interdisziplinäre Vortragsreihe angeboten. Als inhaltliche und methodische Weiterentwicklung legte der VDR im Jahr 2000 das vollständig überarbeitete Gruppenprogramm "Aktiv Gesundheit fördern" für die stationäre Rehabilitation vor (VDR, 2000). Ziel ist die Motivierung der Rehabilitanden zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitsverhalten sowie zur Planung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltenweisen. Im Vergleich zum Vorläuferprogramm rücken die Autoren bei der methodischen Umsetzung von der reinen Informationsstrategie ab (Schäfer & Döll, 2000) und empfehlen ein teilnehmerorientiertes interaktives Vorgehen. Dieses Gruppenprogramm sollte in geschlossenen Gruppen bis maximal 15 Teilnehmer durchgeführt werden.

Ein Projekt des Förderschwerpunktes Rehabilitationswissenschaften des BMBF und der Deutschen Rentenversicherung (Ellgring, Reusch & Faller, Würzburg) überprüfte die Effekte der interdisziplinären Vortragsreihe (Großgruppen mit wechselnden Teilnehmern und Dozenten; frontale Unterrichtsmethode) mit einem auf "Aktiv Gesundheit fördern" basierenden Gruppenprogramm (geschlossene Kleingruppen mit einem Dozenten; interaktive, teilnehmerorientierte Didaktik). Als theoretisches Rahmenmodell zur Operationalisierung der Motivations- und Verhaltensvariablen diente das Transtheoretische Modell der Veränderungsmotivation (TTM, Prochaska & DiClemente, 1992). Zielgrößen waren die Motivation und das selbstberichtete Verhalten bezogen auf Sport und gesunde Ernährung.

1266 Rehabilitanden aus drei Rehabilitationskliniken in Bad Kissingen wurden – z. T. randomisiert – einer der beiden Behandlungsbedingungen zugewiesen. Von 753 Patienten lagen drei und zwölf Monate nach der Rehabilitation vollständige Datensätze vor.

In den Motivationsstufen, der Selbstwirksamkeitserwartung sowie den Vor- und Nachteile zeigten sich weder drei Monate nach der Rehabilitation noch ein Jahr danach Unterschiede zwischen Vortragsreihe und Gruppenprogramm. Im selbst berichteten Verhalten ergaben sich Unterschiede im Bereich Ernährung: Teilnehmer des Gruppenprogramms zeigten drei und zwölf Monate nach der Rehabilitation ein gesünderes Ernährungsverhalten als Teilnehmer der Vortragsreihe. Die Effekte waren allerdings klein und ein Jahr nach der Rehabilitation (nach Bonferroni-Korrektur) nicht signifikant. In beiden Behandlungsgruppen hatten sich zwischen Rehabilitationsbeginn und -ende jeweils etwa 40% der Patienten hinsichtlich der Motivationsstufen zu Sport und Ernährung verbessert. Im Bereich Sport

blieben diese Werte über die Messzeitpunkte relativ konstant. Im Bereich Ernährung waren drei und zwölf Monate nach Rehabilitationsende allerdings nur noch etwa ein Drittel verbessert. Über drei Messzeitpunkte betrachtet, zeigten sich sehr unterschiedliche Verlaufsmuster der Motivation.

Die Ergebnisse legen eine stärkere Berücksichtigung der motivationalen Ausgangsbedingungen nahe. Programme der Gesundheitsbildung sollten spezifisch auf die Motivationslage der Rehabilitanden ausgerichtet sein.

Literatur

- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). *Stages of Change in the Modification of Problem Behaviors*. Newbury Park, CA: Sage.
- Schäfer, H. & Döll, S. (2000). Grundlagen der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Ed.), *Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation* (pp. 2-19). Stuttgart: Schattauer.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). (1996). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung - Empfehlungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Ed.), (pp. 633-665).
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Ed.). (1984). *Gesundheit selber machen - Allgemeines Programm*. Offenbach am Main: Jünger Verlag.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Ed.). (2000). *Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation*. Stuttgart: Schattauer.

M.O.B.I.L.I.S. - Ein sportmedizinisches Schulungsprogramm für stark übergewichtige Erwachsene

Melanie Hautz, Institut für Sport und Sportwissenschaft, Freiburg, stellt das Schulungsprogramm M.O.B.I.L.I.S.¹ vor.

Problemstellung

Eine nachhaltige Reduktion sowie eine Stabilisierung des Körpergewichts werden nachweislich in der Kombination von Maßnahmen zur Umstellung von Ernährung, körperlicher Aktivität und Verhalten erreicht. Entsprechend zeigt das unter dem Namen M.O.B.I.L.I.S. (multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung) seit 2004 angebotene bewegungsorientierte Schulungsprogramm für stark übergewichtige Erwachsene individuelle Wege zur Einhaltung einer gesundheitsbewussten Lebensweise auf. M.O.B.I.L.I.S. zielt – wie hier vorgestellt – auf die Umsetzung einer energetisch ausgeglichenen Lebensweise und einer gleichzeitigen Verbesserung der Gesundheitskompetenz.

¹ A. Berg jr., I. Frey, D. Lagerstrøm, R. Fuchs, M. Hamm, G. Predel, A. Berg
Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Universitätsklinik, Abt. Rehabilitative u. Präventive Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin

Umsetzung

M.O.B.I.L.I.S. ist eine Initiative des *Universitätsklinikums Freiburg, Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin und der Deutschen Sporthochschule Köln, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin*. Es baut auf geprüften Ergebnissen auf und bezieht Strategien der Verhaltenspsychologie mit ein. Insgesamt werden aus den Bereichen Bewegung/Sport, Psychologie/Pädagogik, Ernährung und Medizin/Gesundheit Inhalte in 20 theoretischen und 35 praktischen Einheiten vermittelt. Dabei werden unterschiedliche Phasen und Zeitabschnitte vorgegeben: eine 7-wöchige Startphase, eine 17-wöchige Gewichtsreduktionsphase, eine 6-monatige Stabilisierungsphase (Tab. 1).

Als Teilnehmer zugelassen werden Erwachsene mit einem Eingangs-BMI von 30-40 kg/m² und mindestens einem Adipositas assoziierten Risikofaktor bei einer symptomfreien Dauerleistung von mindestens 75 Watt. Ausschlusskriterien sind: allgemeingültige Kontraindikationen gegen körperliche Belastung, Typ1-Diabetes, Leber- und Nierenschäden mit Indikation zur Eiweißrestriktion, Einnahme von Psychopharmaka, Abmagerungsmitteln und Appetitzüglern. Die Kosten für die 12-monatige Gruppenbetreuung betragen 685,00 € pro Teilnehmer. Aufgrund einer Rahmenvereinbarung mit der BARMER ist eine pauschalisierte Kostenerstattung nach § 43 Nr.2 SGB V (Eigenbeteiligung der Teilnehmer in Höhe von 100,00 €) möglich.

Auf speziellen M.O.B.I.L.I.S.-Schulungen werden seit Dezember 2004 komplette Teams (Sportlehrer/Sportwissenschaftler, Psychologe/Pädagoge, Ernährungsberaterin, Arzt) durch die Experten der vier M.O.B.I.L.I.S.-Kompetenzbereiche ausgebildet, die im Anschluss M.O.B.I.L.I.S.-Gruppen anbieten dürfen. Die Verwaltung und Gesamtorganisation erfolgt dabei zentral von Freiburg aus über einen gemeinnützigen Präventionsverein.

Durch Unterstützung von hochrangigen Politikern, die als "Paten" für die M.O.B.I.L.I.S.-Gruppen in den Kommunen repräsentative Aufgaben übernehmen, soll eine höhere allgemeine Wertschätzung als bei bisherigen Gesundheitsprojekten erreicht werden. Über 70 Politiker des Deutschen Bundestages, des Europäischen Parlaments und verschiedener Landesregierungen konnten bereits als Paten gewonnen werden.

Evaluation

Im Rahmen des Projekts wird eine Erfolgskontrolle anhand ärztlich erhobener Parameter (CRF) sowie durch Fragebögen zur Aktivität und Lebensqualität (QoL) durchgeführt (Tab 2). Außerdem wird die Teilnehmerzufriedenheit in den einzelnen Phasen des Schulungsprogramms anhand von Fragebögen erhoben (externe Beratung: *Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität Heidelberg*). Die zeitnahe Auswertung der Ergebnisse aus den Teilnehmerbefragungen dient schließlich als Grundlage zur ständigen Verbesserung des Schulungsprogramms.

Eine Dokumentation des Therapieverlaufs im Sinne der Evidence-based-Medicine (angestrebte Beobachtungszahl: n = 4.000 – 5.000) ist gewährleistet. Neben der Gewichtsentwicklung werden hierzu die Verbesserung der Risikovariablen und des Gesundheitsverhaltens (Bewegung, Ernährung) sowie die Veränderung der Lebensqualität berücksichtigt.

Ergebnisse

Dass der von M.O.B.I.L.I.S. eingeschlagene Weg Erfolg bringt, zeigen die Auswertungen der ersten 20 M.O.B.I.L.I.S.-Gruppen: Von insgesamt 324 betreuten Erwachsenen (BMI 30 – 40 kg/m²) nahmen 282 über ein Jahr lang teil und konnten abschließend untersucht werden. Nach Intention-to-treat-Kriterien erreichen dabei 50% der Teilnehmer das Ziel einer mindestens 5% Gewichtsabnahme und 26% das Ziel einer mindestens 10% Gewichtsabnahme. Insbesondere die geringe Abbruchquote von 13 Prozent stößt in der

Fachwelt auf große Beachtung. Die Reduzierung im Körpergewicht (-7,3 kg), im BMI (-2,5 kg/m²) und im Bauchumfang (-7,6 cm) weisen auf die signifikante Verringerungen der abdominellviszeralen Fettmasse hin. Entsprechend messen sich die atherogenen und inflammatorischen Risikofaktoren (LDL-C -3,0 mg/dl, HDL-C +3,9 mg/dl, TG -13,4 mg/dl) wie auch die Parameter zur Herzkreislaufregulation und Belastbarkeit (Watt/kg, HRV, HF, RR_{syst} und RR_{diast} in Ruhe und unter Belastung) jeweils verbessert.

Lebensstiländerung bei Adipositas - Effekte des Langzeitprogramms AdIp-L

D. Nord-Rüdiger, F. Schmidt, H.-P. Filz, Eleonoren-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Hessen, Lindenfels

Die vorgestellte Untersuchung soll die Auswirkungen des stationären und poststationären Intervallprogramms AdIp-L auf zentrale interne Determinanten erfolgreicher Lebensstiländerung sowie auf gewichtsrelevante Verhaltensweisen aufzeigen. Untersucht wurden anhand einer Fragebogenerhebung (FEK, Lehr 1998) im Prä-Post-Vergleich zwei Kohorten mit 43 bzw. 129 erfolgreichen Teilnehmern bei einer durchschnittlichen prozentualen Gewichtsabnahme nach zwei Jahren von 14,5 und 14,8 respektive 19,3 und 19,1 kg.

Die Ergebnisse zeigen, dass erfolgreiche Patienten bis zum Ende des Intervallprogramms an Selbstwert gewinnen, ihre Umwelt weniger kritisch und sich als kontrollierter bezüglich ernährungsrelevanter Stimuli erleben. Zudem wurde eine wesentliche Zunahme an sportlicher Betätigung und ein Zuwachs an Lebensqualität festgehalten.

Fazit

Ein positiver Rückkopplungsprozess zwischen Einstellungen, Verhalten und Gewichtsabnahme wurde in Gang gesetzt, Auswirkungen des AdIp-Intervall-Programms auf Lebensqualität, Gesundheit und Leistungsfähigkeit werden angegeben. Die zugewiesene subjektive Bedeutsamkeit der einzelnen Schulungsbausteine für den Therapieerfolg aus Sicht der erfolgreichen Teilnehmer ergibt interessante Hinweise für leitlinienbezogene Schulungskonzepte.

Programme zur Raucherentwöhnung

Elvira Schmidt, Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Jeden Tag versuchen es unzählige Menschen jeden Alters: Sie wollen mit dem Rauchen aufhören. Die meisten haben es auch schon probiert – oft erfolglos. Will man aufhörwillige Raucher bei ihrem Vorhaben der Tabakentwöhnung unterstützen, finden sich eine Reihe von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen, deren Wirksamkeit in internationalen Studien nachgewiesen werden konnte. Als evidenzbasiert gelten all diejenigen Raucherentwöhnungsmaßnahmen, die ein allgemeines Problemlösetraining mit Rückfallmanagement sowie soziale Unterstützung innerhalb und außerhalb der Therapie beinhalten. Auch der Einsatz Nikotin zuführender Präparate und Bupropion gilt als effektiv. Welche Rolle motivierende Interventionen bei der Tabakentwöhnung spielen, ist nur unzureichend

geklärt. Lediglich die Anwendung motivierender Kurzinterventionen konnte bisher bedeutsame Effekte zeigen: Selbst eine kurze Ausstiegsberatung durch einen Arzt im Rahmen einer Routineuntersuchung erhöht die Zahl der Raucher, die zumindest für sechs Monate mit dem Rauchen aufhören.

Ernährung bei Tumorerkrankungen

*Vorsitz: K. Barwich, Bad Driburg
F. Huth, Bad Neuenahr*

- 14.00 - 14.10 Begrüßung und Einführung
K. Barwich, Bad Driburg
- 14.10 - 14.30 Bedeutung der Ernährungstherapie in der Onkologie
J. Körber, Bad Kreuznach
- 14.30 - 14.50 Kachexie und Mangelernährung aus medizinischer Sicht
C. Spiekermann, Bad Driburg
- 14.50 - 15.10 Kachexie und Inappetenz aus psychologischer Sicht
R. Morgenthaler, Bad Neuenahr
- 15.10 - 15.30 Ernährungsmedizinische Möglichkeiten bei Untergewicht und Mangelernährung
C. Kling, Freudenstadt
- 16.00 - 16.15 Erfassung des Ernährungszustandes mit dem NRS-Screening
A. Föller, Karben
- 16.15 - 16.30 Ergänzende Ernährungstherapie bei Kachexie und Mangelernährung
B. Vollmer-Lucke, Erlangen
- 16.30 - 16.45 Anforderungen an eine qualifizierte ernährungsmedizinische Betreuung aus Sicht der Kostenträger
B. Ebbinghaus, Bochum
- 16.45 - 17.00 Angebote der Beratung und Schulung für onkologische Patienten an der Klinik Niederrhein
F. Huth, Bad Neuenahr
- 17.00 - 17.15 Begleitung kachektischer Patienten an der Klinik Rosenberg durch das Ernährungsteam
K. Barwich, Bad Driburg

Bedeutung der Ernährungstherapie in der Onkologie

Jürgen Körber, Rehabilitationsklinik Nahetal der Hamm-Kliniken, Bad Kreuznach

Mangelernährung ist bei Tumorpatienten häufig. Die Angabe zur Häufigkeit liegt zwischen 30 und 90% je nach Typ, Lokalisation, Art und Stadium des Tumors, Tumorausbreitung sowie der Therapie. Dabei kommt es zu einer fortschreitenden Auszehrung des Körpers mit spezifischem Verlust von Fettgewebe, welches eine erhöhte Metabolisationsrate aufweist. Das Endstadium des Gewichtsverlustes ist die Kachexie. Die Genese der Kachexie stellt ein komplexes multifaktorielles Geschehen dar, welches zu einer Abnahme von Körperzellmasse führt.

Tumor und Tumorthherapie induzieren im Tumor eine katabole Stoffwechsellage, die dem Postaggressionsstoffwechsel vergleichbar ist. Es kommt zu einer Steigerung des Energieumsatzes, verstärkter Gluconeogenese und gesteigertem Glucose-turnover sowie Insulinresistenz. Gleichzeitig besteht ein gesteigerter Fettsäure- und Glycerin-turnover mit gesteigerter Lipolyse, verminderter Lipogenese sowie einer Hyperlipidämie im Serum.

Patienten mit massivem Gewichtsverlust haben eine verminderte Lebensqualität und Überlebensdauer. Sie sprechen schlechter auf eine palliative Chemotherapie oder Strahlentherapie an und haben darüber hinaus eine höhere Komplikationsrate. Die Lebensqualität selbst wird durch die zunehmende körperliche Schwäche und Fatigue beeinträchtigt.

Obwohl sich bisher keinerlei gesicherte positive Effekte spezieller Ernährungskonzepte auf den Tumor oder das Tumorwachstum zeigen, gibt es doch speziell in der Nicht-Fachliteratur unzählige Befürworter verschiedenster Krebsdiäten. Es wird oftmals eine strikte Vorgehensweise verlangt, wobei üblicherweise verschiedene Nahrungsmittel als gesundheitsschädlich verboten werden, wie zum Beispiel raffinierte Zucker, tierische Fette, Kaffee usw. Dagegen werden Vollwertkost, pflanzliche Öle, hochdosierte Vitaminpräparate und Spurenelemente empfohlen. Ob diese Form der Ernährung und Krebsdiät hilfreich ist, muss in Frage gestellt werden, manche dieser Diäten können jedoch auch schädlich sein. Unter Einnahme von nahrungsergänzenden Präparaten wurde beispielsweise das Auftreten einer Hyperkalzämie beschrieben. Dabei ist zu bedenken, dass der Patient über solche alternativen Therapieansätze einen eigenen Beitrag für seine Gesundheit leisten möchte.

Kontrollierte Studien zur Behandlung des Gewichtsverlustes bei Tumorerkrankungen verfolgten unterschiedliche Ansatzpunkte. Neben den pharmakologischen Substanzen wurden auch entzündungshemmende Medikamente, wie zum Beispiel Ibuprofen getestet. Ebenso untersucht wurden Substanzen, die den Tumor-Nekrose-Faktor beeinflusst bzw. Thalidomid. Eine besondere Bedeutung kommt den Omega-3-Fettsäuren zu. In einer Studie bei Pankreaspatienten konnte der positive Einfluss von Fischölen nachgewiesen werden.

Nach wie vor gibt es keine spezifischen Ernährungstherapien für Tumorpatienten. Patienten, die einen Gewichtsverlust aufweisen, sollten jedoch engmaschig kontrolliert und frühzeitig ausreichend ernährt und ggf. supplementiert werden.

Kachexie und Mangelernährung aus medizinischer Sicht

Christa Spiekermann-Krämer, Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Bad Driburg

Mangelernährung ist mit schlechtem "Outcome" korreliert, es kommt zur Beeinträchtigung von Stoffwechsel und Immunabwehr, eine erhöhte Morbidität und Mortalität ist die Folge. Mangelernährung ist bei Tumorpatienten häufig. Zum Diagnosezeitpunkt haben bereits 50% der onkologischen Patienten an Gewicht verloren. In 10-20% ist die Tumorkachexie einzige Todesursache. Die prozentuale Häufigkeit der tumorbedingten Mangelernährung ist bei Karzinomen des oberen Verdauungstraktes besonders hoch (bei Patienten mit Pankreas- und Magenkarzinomen bis zu 85%).

Hinweise auf eine Mangel-/Fehlernährung bekommt man durch die Anamnese (aktuelles Gewicht, übliches Gewicht, Body-Mass-Index, Gewichtsverlust pro Zeit), durch die Analyse der täglichen Nahrungsaufnahme in Hinblick auf Qualität und Quantität und durch die Bestimmung von Summenscores. Die Anthropometrie liefert Meßwerte für die Fett- und Muskelmasse und beruht auf der Messung von Hautfaltendicken bzw. Umfängen an definierten Lokalisationen (Trizephshautfalte, Oberarmumfang und Oberarmmuskelumfang). Als apparative Maßnahme zur Erfassung des Ernährungszustandes ist die Durchführung der bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA) sinnvoll. Auch biochemische Untersuchungen lassen Rückschlüsse auf eine Mangelernährung zu; die Muskelmasse kann anhand der Kreatinin-Ausscheidung im 24-Std.-Sammelurin abgeschätzt werden, die Bestimmung des visceralen Proteinstatus hilft bei der frühzeitigen Identifikation von Proteinmangel und Änderungen der Immunantwort (absolute Lymphozytenzahl) können ebenfalls Ausdruck eines veränderten Ernährungsstatus sein.

Die Ursachen des Gewichtsverlustes bei onkologischen Patienten sind zu erforschen. Ist es die verminderte Nahrungsaufnahme z. B. bei Angst, Depression, Inappetenz oder Schmerzen, oder die gestörte Nahrungsverwertung in Folge von Malabsorption oder Maldigestion als Operationsfolge oder der erhöhte Energiebedarf bei gesteigertem Wirts- oder Tumorstoffwechsel. Nach entsprechender Diagnostik (Sonographie, Endoskopie, Magen-Darm-Passage, Funktionsteste, laborchemische Untersuchungen) kann eine gezielte Therapie (Bougierung einer Stenose, Behandlung onkologischer Nebenwirkungen wie Diarrhoe, Erbrechen, Übelkeit, eine Schmerzbekämpfung oder auch psychotherapeutische Maßnahmen) eingeleitet werden. Die Ernährungstherapie bei onkologischen Patienten sollte mit einer Wunschkost, die die Abneigungen und Vorlieben des Patienten berücksichtigt, beginnen. Zur Berechnung des Gesamt-Energieumsatzes sollte dem mobilen Patienten 30 Kcal/kg Körpergewicht und dem bettlägerigen Patienten 25 Kcal/kg Körpergewicht täglich zugeführt werden. Als Berechnungsgrundlage dient bei der Kachexie das Ist-Gewicht und bei der Adipositas das Normal-/Soll-Gewicht. Da jede Nahrungszufuhr physiologisch und komplikationsarm erfolgen soll, ist so lange wie möglich eine orale Ernährung anzustreben, die auch für eine normale Funktion des Magen-Darm-Traktes von Bedeutung ist. Erst wenn diese nicht mehr ausreichend möglich ist, kommen künstliche Ernährungsformen (Supplemente, enterale Sondenkost, parenterale Ernährung) zum Einsatz. Die Empfehlungen für die Eiweißzufuhr liegen höher (1,25 – 2 g Eiweiß/kg/Tag), das optimale Verhältnis von Fett und Kohlenhydraten ist umstritten. Empfohlen wird ein Fettanteil von > 35% der Gesamtenergiezufuhr, da Malignome zur Deckung ihres Energiebedarfes überwiegend Glucose utilisieren, der Stoffwechsel von Malignompatienten aber teilweise auf Fettverbrennung programmiert ist. Kriterien einer drohenden Mangelernährung sind eine Nahrungsaufnahme von weniger als 60 – 80% des berechneten Bedarfes für mehr als eine Woche, anhaltende Diarrhoeen, onkologische Polychemotherapie, wiederholte Nüchternphasen zur Diagnostik sowie eine Operationsvorbereitung. Ernährungsmaßnahmen

müssen rechtzeitig eingeleitet werden, durch die Verbesserung des Ernährungszustandes ist bei Tumorpatienten mit einer Verbesserung der subjektiven Lebensqualität, mit einer Erhöhung der Therapieeffektivität und Reduktion von Nebenwirkungen zu rechnen.

Die Krebskachexie ist eine Extremform der Mangelernährung und wird als klinisch metabolisches Syndrom mit Gewichtsverlust, Schwäche und Anorexie definiert. Man hofft, dass in Zukunft eine Kombination bestimmter Medikamente mit Ernährungstherapie (Ernährungspharmakologie) geeignet ist, Körpermagermasse aufzubauen und das Überleben der Tumorpatienten zu bessern.

Kachexie und Inappetenz aus psychologischer Sicht

Regine Morgenthaler, Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Ernährungsprobleme bei der Behandlung von onkologischen Patienten und Patientinnen sind belastend für die Betroffenen, die Angehörigen und das Behandlungsteam. Das Kachexie-Syndrom bei Tumorpatienten gehört zu den häufigsten und gravierendsten Problemen, von denen Patienten und Patientinnen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen betroffen sein können. Die psychologischen Dimensionen, die oft eine wichtige Rolle bei der Beratung/Behandlung spielen, sollen in diesem Beitrag dargestellt werden.

Es werden zunächst Faktoren aufgezeigt, die Appetit und Nahrungsaufnahme bei den Patienten/Patientinnen beeinflussen können.

Psychologische Aspekte des Kachexie-Syndroms bei Tumorpatienten werden erläutert:

- Bedeutung von Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust
- Auswirkungen auf das soziale Gefüge
- Auswirkungen auf die Beziehung von Patienten/Patientinnen und Angehörigen zum Behandlungsteam
- Reihe von Verlusterlebnissen
- Veränderungen des Körperbildes

Darauf folgen Anregungen für die Beratung von Patienten/Patientinnen und Angehörigen.

Erfassung des Ernährungszustandes mit dem NRS-Screening

Almut Föller, Karben

Der NRS (Nutritional Risk Screening) 2002 wurde von Kondrup entwickelt und 2002 von der ESPEN als geeignetes Verfahren zur Identifikation von Patienten mit Mangelernährung eingestuft. Unter Berücksichtigung der Nahrungsaufnahme, des BMI, eines eingetretenen Gewichtsverlustes, des Alters und der Krankheitsaktivität, gelingt Ihnen mit diesem Score eine einfache und schnelle Einschätzung des Mangelernährungsrisikos Ihrer Patienten.

Anforderungen an eine qualifizierte ernährungsmedizinische Betreuung aus Sicht der Kostenträger

Barbara Ebbinghaus, Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung, Bochum

Die Fortschritte in der Onkologie haben in den letzten Jahren zu Änderungen in der Therapie geführt, die mit höheren Remissionsraten und höheren Überlebenszeiten einhergehen, auf der anderen Seite für Patienten jedoch zunehmende therapieinduzierte Nebenwirkungen nach sich ziehen. Daraus resultiert grundsätzlich ein höherer Rehabilitationsbedarf bei besserer Perspektive.

Eine erhöhte ernährungsmedizinische Anforderung in der Onkologie ergibt sich in erster Linie durch Tumorobstruktionen, große operative Eingriffe, Chemo- und Strahlentherapie, Transplantationen und therapiebedingte Organschäden. Hier ist eine qualifizierte ernährungsmedizinische Betreuung erforderlich, um einen adäquaten Ernährungszustand zu erhalten bzw. wieder herzustellen und Komplikationen vorzubeugen.

Selbstverständlich sind in die Ernährungstherapie auch Vorerkrankungen des Patienten, die ernährungsmedizinisch betreut werden müssen, mit einzubeziehen. Gleichzeitig sollen allen Rehabilitanden die Prinzipien einer nach physiologischen Grundsätzen gesunden Ernährung unter besonderer Berücksichtigung der onkologischen Erkrankung vermittelt werden.

Die Ziele dieser Maßnahmen sind die Reduzierung der Morbidität und Komplikationsrate, die Erhöhung der Therapietoleranz, die Verbesserung des Immunstatus, die Erhöhung der Lebensqualität, der Erhalt der sozialen Integrität, insgesamt weniger Ko- und Multimorbiditäten und damit letztendlich auch die Senkung der Gesamtkosten.

Für eine qualifizierte ernährungsmedizinische Betreuung der Patienten sind entsprechende therapeutische Anforderungen notwendig. Diese beginnen mit einem in der Ernährungsmedizin qualifiziertem Arzt, der mit erfahrenen Ernährungstherapeuten in einem multiprofessionellen Team - wissenschaftlich fundiert, evidenzbasiert und nach Möglichkeit leitliniengestützt - zum Wohl des Patienten arbeitet.

Nach einem generellen Screening soll bei der Erfassung eines negativen Ernährungszustandes und/oder auftretender Ernährungs komplikationen eine gezielte Diagnostik und eine Ernährungstherapie folgen. Hier ist durch Ernährungsanamnese, individuelle Zieldefinition und konkrete Maßnahmeplanung ein Konzept für den einzelnen Patienten zu entwickeln. Notwendig hierfür sind sowohl ein qualifizierter Verpflegungsbereich mit entsprechendem Verpflegungsmanagement als auch ausreichende Beratungszeiten mit entsprechenden Räumlichkeiten und erforderlichem Arbeitsmaterial. Für die Anleitung zum Selbstmanagement der Rehabilitanden durch Vorträge, Einzel- und Gruppenberatung, verbunden mit praktischem Einüben des Erfahrenen, ist patientenorientiertes Anschauungsmaterial einzusetzen. Eine gute interne Kommunikationsmöglichkeit der einzelnen Disziplinen zum Wohl des Patienten ist vorzusetzen.

Der rehabilitative Ansatz soll auf längerfristige Versorgungsstrategien setzen. Notwendig sind gezielte Informationen und die Unterstützung von Verhaltensänderungen im Ernährungsbereich mit dem Ergebnis einer Verbesserung des Ernährungszustandes. Dieser soll sowohl zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes als auch zur Erhöhung des Wohlbefindens des Rehabilitanden führen. Bei Bedarf sind dem Patienten am Ende der

Rehabilitationsmaßnahme weiterführende ernährungsmedizinische Betreuungsmöglichkeiten im post-rehabilitativen-Bereich aufzuzeigen.

Angebote an der Klinik Niederrhein Bad Neuenahr-Ahrweiler

Frauke Huth, Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Onkologische Patienten leiden unter unterschiedlichen Beeinträchtigungen im Alltag. Unvollständige Krankheitsverarbeitung, körperliche Beschwerden, starke Gewichtsabnahme, ungeklärte und unklärbare Fragen zu Ursachen und Folgen der Erkrankung belasten die Betroffenen. Die Angebote zu Beratung und Schulung onkologischer Patienten sollen dazu beitragen, die Betroffenen besser zu informieren, Körpervorgänge besser zu verstehen und ggf. zu beeinflussen.

Die Gruppenangebote zu Beratung und Schulung onkologischer Patienten umfassen Informationsstunden mit Übungen zur Einnahme von Pankreasenzymen, Ernährungsempfehlungen nach Magenresektion, Untergewicht und allgemein bei onkologischen Erkrankungen. Diese werden durch Einzelernährungsberatungen zu individuellen Themen und tägliche Begleitung am Büffet ergänzt.

Insgesamt besteht bei onkologischen Patienten ein großer Informations- und Betreuungsbedarf. Die Teilnehmer in den Gruppenschulungen interessieren sich häufig für Nahrungsergänzungsmittel, "schützende" bzw. "gesundheitsschädliche" Lebensmittel, Bioprodukte u.ä. Sie zeigen sich dankbar und motiviert durch die angebotenen Informationen und Übungen. In manchen Fällen kann das Essverhalten der Patienten (Mengen, Auswahl) schon durch persönliche Zuwendung am Büffet beeinflusst werden.

Begleitung kachektischer Patienten an der Klinik Rosenberg durch das Ernährungsteam

Karin Barwich, Klinik Rosenberg, Bad Driburg

In der Klinik Rosenberg werden seit 1999 Patienten mit einem BMI unter 18 kg/m², einem 10% Gewichtsverlust in den letzten 6 Monaten, Problemen vor, während oder nach der Nahrungsaufnahme oder Krankheiten, die zumeist mit einer Mangelernährung, z. B. Leberzirrhose, einhergehen durch das Ernährungsteam betreut.

Das Team besteht aus einer Oberärztin mit Schwerpunkt Ernährungsmedizin und speziell fortgebildeten Ernährungsberaterinnen. Neben der üblichen Betreuung durch das Reha-Team (Stationsarzt u. -schwester, Therapeuten etc.) erfolgt eine intensive ernährungsmedizinische Therapie, die schnellstmöglich eingeleitet wird.

Innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme kommt der Patient zur Ernährungsberatung. Hier erfolgt eine Ernährungsanamnese, die Absprache der Klinikverpflegung und der Patient erhält ein Ernährungsprotokoll, welches 3 Tage geführt wird. Die Ernährungsberaterin dokumentiert die Ergebnisse und leitet sie über die elektronische Patientenakte weiter.

Zeitgleich wird von medizinischer Seite die notwendige Diagnostik durchgeführt und Laborparameter erfasst. Nach ca. 3-5 Tagen ist zumeist die Ursache der Mangelernährung geklärt, sodass in der extra eingerichteten Ernährungsvisite das ernährungsmedizinische Konzept festgelegt werden kann. Anhand der Kalorienbilanzierung und Gewichtsentwicklung, der noch vorhandenen Verdauungsfunktion und das Befinden des Patienten wird entschieden, ob eine orale Versorgung ausreicht oder Supplemente, Medikamente, eine enterale oder gar parenterale Ernährung erforderlich ist.

Während der Rehabilitation kommt der Patient regelmäßig zur Ernährungsberatung (mind. 1 x wöchentlich, ggf. auch täglich), um nach und nach die Nahrungszufuhr zu steigern und Intoleranzen herauszufinden. Zudem erfolgt eine wöchentliche Ernährungsvisite mit der Oberärztin, der Ernährungsberaterin und dem Patienten zur weiteren Therapieabsprache.

Zum Ende des Heilverfahrens erfolgt erneut eine Kalorienbilanzierung und eine Ernährungsberatung mit Kostempfehlung für zu Hause. Grundsätzlich wird versucht, Angehörige mit in dieses Gespräch einzubeziehen, ggf. am Wochenende oder am Abreisetag.

Am Anfang und Ende des Heilverfahrens erfolgt eine Bioimpedanzanalyse, wodurch die Mangelernährung anfangs gut erfasst, zudem der Aufbau von aktiver Zell- u. Muskelmasse während der Reha, exakter als mit der Waage, nachgewiesen werden kann.

Vorsitz: R. Buschmann-Steinhage, Berlin

09.00 – 09.25 **Quergedacht**

Evidenz – Nachruf auf einen philosophischen Begriff
N. Gerdes, Bad Säckingen

"Evidenz" – Nachruf auf einen philosophischen Begriff

Nikolaus Gerdes, Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Die Begriffe "Evidenzbasierung", "evidence-based medicine" u.ä. beherrschen seit einigen Jahren die wissenschaftlichen Debatten im Bereich der Gesundheitsforschung wie kaum ein anderer Begriff. Wir alle wissen, was mit dem Terminus "evidence" gemeint ist, nämlich die systematische Zusammenstellung und Bewertung des Gewissheitsgrades von Erkenntnissen, die zu einer bestimmten Frage vorliegen. In dieser Bedeutung stammt der Begriff "evidence" aus dem juristischen Sprachgebrauch im angloamerikanischen Bereich: "to present the evidence of a case" heißt hier, in einem Gerichtsverfahren alle Beweisstücke, Zeugenaussagen oder zwingenden Argumente vorzulegen, die für oder gegen die Schuld eines Angeklagten sprechen – kurz: alles, was in dem betreffenden Fall mit rationalen Mitteln beweisbar ist.

Ich halte die Übertragung dieses juristischen Sprachgebrauchs auf den Bereich der Gesundheitsforschung (und zunehmend auch der Gesundheitspolitik) für ausgesprochen unglücklich. Um nicht missverstanden zu werden, möchte ich gleich zu Anfang betonen, dass ich natürlich nichts gegen das Ziel habe, ärztliches und therapeutisches Handeln möglichst weitgehend an wissenschaftlich abgesicherten Handlungsempfehlungen (evidenzbasierten Leitlinien) auszurichten und dafür die vorliegenden Erkenntnisse systematisch zu sichten und nach ihrem Gewissheitsgrad zu bewerten. Ich hätte mir aber gewünscht, dass man dafür einen anderen Terminus als den der Evidenz gewählt hätte. Der Begriff "Evidenz" ist nämlich seit Jahrhunderten in der philosophischen Tradition des Abendlandes ("old Europe") eingeführt und bezeichnet in den Überlegungen zur Erkenntnistheorie einen sehr zentralen Sachverhalt, für den es keinen anderen Terminus gibt. Das Problem ist, dass die Bedeutung des philosophischen Begriffs von Evidenz nicht nur abweicht von der Bedeutung des juristischen Begriffs, sondern ihr diametral entgegengesetzt ist: Der philosophische Begriff von Evidenz bedeutet das genaue Gegenteil von dem, was mit "evidence" gemeint ist! Dies ist insofern besonders unglücklich, weil abzusehen ist, dass der Begriff "evidence" mit all seinen Konnotationen von Wissenschaftlichkeit, Sachlichkeit und reiner Rationalität den "alten" Begriff von Evidenz verdrängen und schließlich ganz ins Abseits des Irrationalen und Beliebigen schieben wird.

"Evident" im philosophischen Sinne sind Erkenntnisse, die mit rationalen Mitteln nicht bewiesen werden können – und solcher Beweise auch nicht bedürfen, weil es sich um Erkenntnisse handelt, deren unbezweifelbare Wahrheit im Erkenntnisakt selbst bereits enthalten ist. René Descartes (1596-1650) beispielsweise hat grundsätzlich zwischen zwei Quellen von Erkenntnis unterschieden; und zwar Intuition einerseits und Deduktion andererseits, wobei "Intuition" als unmittelbare geistige Schau oder direktes Erfassen eines Sachverhaltes gefasst ist. Descartes antwortet auf die Frage, woher er denn wisse, dass

seine antiskeptizistische Grundmaxime "cogito, ergo sum" wahr sei, mit dem Hinweis, die Wahrheit dieser Maxime sei ihm in einer "clara et distincta perceptio" gegeben – m. a. W.: sie sei ihm evident. Und auf dieser nicht mehr beweisbaren Grundlage hat er bekanntlich sein ganzes erkenntnistheoretisches Gebäude errichtet, das bis in unsere Tage großen Einfluss auf die wissenschaftliche Erkenntnisgewinnung hat. So sind es auch in anderen philosophischen Systemen gerade die grundlegendsten Maximen, deren Geltung nur mit dem Hinweis auf die Evidenz der betreffenden Erkenntnis begründet werden kann.

Aber nicht nur in der Philosophie, auch in der alltäglichen Lebenspraxis kommt man ohne "Evidenz" (im Sinne von unmittelbarer Gewissheit) nicht aus. Die Frage beispielsweise, ob ich jemanden liebe oder von jemanden geliebt werde, lässt sich mit noch so vielen Pro- und Contra-Listen der verfügbaren Beweismittel (mit ‚evidence‘ also) nicht schlüssig beantworten. Wenn ich aber wirklich liebe, stelle ich die ganze Frage überhaupt nicht – und zwar deshalb nicht, weil es einfach sonnenklar ist und die Empfindung des Liebens gleichzeitig die Gewissheit ihrer Wahrheit enthält, also evident ist. Ähnliches trifft auf viele Aspekte des ärztlichen Handelns zu: Wenn alle ‚evidence‘ zur Diagnostik und Therapie eines Falles abgearbeitet ist, werden in vielen Fällen immer noch entscheidende Fragen offen bleiben, die nur mit Erfahrung, Intuition und – bestenfalls – Evidenz der ärztlichen Wahrnehmung beantwortet werden können.

Solche schwer beschreibbare unmittelbare Gewissheit des Erkennens, Evidenz im ‚alten‘ Sinne also, ist meines Erachtens damit in mehrfacher Hinsicht unverzichtbar. Natürlich liegt hier der Einwand nahe, die Geltung solcher als evident wahrgenommenen Erkenntnisse sei doch auf das Subjekt beschränkt, dem sie als evident erscheinen, und damit weder kommunizierbar noch in irgendeiner Weise von außen kontrollierbar. Was die Kommunizierbarkeit angeht, trifft der Einwand m. E. nur zum Teil zu: Erkenntnisse, die mir evident sind, kann ich durchaus mit Anderen teilen – wenn auch nicht mit Jedem. Sehr wohl aber mit anderen Menschen, denen der Inhalt in gleicher Weise ‚einleuchtet‘. Gerade in diesen Fällen kann die Kommunikation übrigens außerordentlich intensiv werden. "Absicherung" allerdings gibt es für Entscheidungen, die sich letztlich nur auf Evidenz stützen können, naturgemäß nicht: Da bleibt – wie z. B. in der Religion oder in der Liebe – eigentlich nur, das eigene Leben für die Wahrheit meiner Einsicht aufs Spiel zu setzen.

Wie eingangs angedeutet, ist meine Sorge, dass der neue Sprachgebrauch von ‚evidence‘ die Bedeutung des alten Begriffs ‚Evidenz‘ verdrängen wird und dass mit dem Wort "Evidenz" gleichzeitig auch dieses so schwer fassbare und doch für viele Lebensvollzüge so grundlegende Phänomen einer unmittelbaren Gewissheit als eine Quelle menschlicher Erkenntnis gewissermaßen aus der Wirklichkeit verschwindet. Denn Phänomene, für die wir kein Wort haben, können wir auch nicht wahrnehmen – jedenfalls nicht in bewusster Weise. Und "Evidenz" war nun einmal der einzige Begriff, mit dem wir bei der Erkenntnis von Wirklichkeit auf das geheimnisvolle Phänomen unmittelbarer Gewissheit verweisen konnten.

Angesichts des Hinscheidens dieses Begriffs erschien mir deshalb ein Nachruf angebracht.

Rehabilitation und Arbeitswelt

Vorsitz: *D. Rosemeyer, Bad Driburg*
P. Neumann, Bad Mergentheim

09.30 – 09.50 Rehabilitation aus Sicht kleiner und mittlerer Betriebe:
Wahrnehmung, Erfahrungen, Wünsche
J. Heuer, Münster

09.50 – 10.10 Arbeitsplatzspezifische Rehabilitation – Chance zu einer
verbesserten (Wieder-)Eingliederung
U. Theißen, Düsseldorf

10.10 – 10.30 Wieder Fit durch betriebliche Gesundheitsförderung
H. Kowalski, Köln

Vorsitz: *H. Fischer, Bad Driburg*
W. Gießler, Boppard-Bad Salzig

11.15 – 11.35 Ältere Arbeitnehmer und Arbeitsplatz
K. Rinnert, Köln

11.35 – 11.55 Langzeitarbeitslosigkeit als Risikofaktor für Erkrankung und
Berentung
N. Dragano, Düsseldorf

11.55 – 12.15 Rehabilitationsziele und -angebote bei Langzeitarbeitslosigkeit
K. Meng, Würzburg

Vorsitz *J. Körber, Bad Kreuznach*

12.30 – 13.00 **Quergedacht**

Versicherter, Rehabilitand, Patient, Kunde? – Über Rollen und
Beziehungen in der Rehabilitation
R. Doßmann, Bad Mergentheim

Rehabilitation aus Sicht kleiner und mittlerer Betriebe: Wahrnehmung, Erfahrungen, Wünsche

Jochen Heuer, IfR Norderney, Abteilung Sozialmedizin, Münster

Die Befragung von Unternehmern und/oder Personalverantwortlichen kleiner und mittlerer Unternehmen (KMU) zum Themenkomplex Rehabilitation mit den Subkategorien Information und Einstellungen zur Reha, Wahrnehmung und Image der Reha, Wünsche an die Rehabilitation ist ein zentraler Bereich der KoRB-Studie:

Inwieweit sind den Arbeitgebern die Angebote der Rentenversicherung zur Rehabilitation bekannt, in welchem Grad werden diese von den Mitarbeitern genutzt, und wie sind die Erfahrungen der Unternehmen mit den Rehabilitationsmaßnahmen? Wie stehen Unternehmen generell zur Rehabilitation von Mitarbeitern, wie stark fühlen sich die Unternehmer mitverantwortlich für die Gesundheit ihrer Beschäftigten - und sehen darin auch eine Voraussetzung für den Unternehmenserfolg? Inwieweit ist die Rehabilitation in ihrer derzeit üblichen dreiwöchigen stationären Form mit den betrieblichen Abläufen und Erfordernissen vereinbar oder welche alternativen Reha-Modelle wären denkbar?

Zu Beginn der Untersuchung wurden 21 umfassende Interviews in kleinen und mittleren Betrieben unterschiedlicher Branchen und Größen durchgeführt. Die Erkenntnisse dieser Interviews dienten der Erstellung eines Fragebogens auf Grundlage dessen das Institut für Demoskopie Allensbach im Auftrag des Instituts für Rehabilitationsforschung Norderney eine telefonische Umfrage bei (Personal-) Chefs oder Personalverantwortlichen von mehr als 700 KMU in Westfalen durchführte. Die Zahl der repräsentierten Betriebe lässt sich auf etwa 175.000 mit rund 1,65 Millionen Beschäftigten schätzen.

Erfahrungen mit der Rehabilitation

Die Erfahrungen der befragten Betriebe mit den verschiedenen Formen der Rehabilitation waren unterschiedlich, einerseits was die Rehabilitationsart (Allgemeine medizinische Reha [HV], Anschlussheilbehandlung [AHB], Suchtrehabilitation [Sucht]) angeht und andererseits nach Betriebsgrößen gestaffelt. Die Branchenzugehörigkeit stellte hingegen kein Einflusskriterium dar. Die meisten Erfahrungen waren in den Bereichen HV und AHB vorhanden.

Die Einschätzung der rehabilitativen Maßnahmen erfolgte sechsstufig nach Schulnoten von "sehr gut" bis "ungenügend" u. a. über die folgenden Kriterien

- Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit
- Verringerung der Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Nachhaltigkeit des Therapieerfolges

Die Bewertungen fallen abhängig von der Art der Rehabilitationsmaßnahme unterschiedlich aus. Bei der Beurteilung der *Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit* schneiden die Anschlussheilbehandlungen mit einem Mittelwert von 2,5 am besten ab, gefolgt von den Heilverfahren (2,9) und dem schwierigen Bereich der Suchtrehabilitation (3,3).

Die Personalverantwortlichen nehmen die – ökonomisch bedeutsame – *Verringerung der Arbeitsunfähigkeitszeiten* nach erfolgter Rehabilitationsmaßnahme deutlich positiv wahr. Bei den Anschlussheilbehandlungen vergaben sie zu 82% die Noten "sehr gut" bis "befriedigend"; Heilverfahren: 68,5% und Suchtrehabilitation 64,3%.

Auch bei der Beurteilung der *Nachhaltigkeit des Therapieerfolges* fällt die Suchtrehabilitation aufgrund der hohen Rückfallquote deutlich hinter die anderen Rehabilitationsmaßnahmen

zurück. In 54% der Antworten werden Noten von "ausreichend" bis "ungenügend" vergeben; Die Heilverfahren werden dagegen von den Personalverantwortlichen zu 72% von "sehr gut" bis "befriedigend" benotet. AHB-Maßnahmen wurden zu 87% mit "sehr gut" bis "befriedigend" bewertet.

Wertschätzung der Rehabilitation

Erste Aufschlüsse, wie es um die Wertschätzung der Rehabilitation durch die Personalverantwortlichen bestellt ist, ergaben sich aus den Fragen, ob sie einem Mitarbeiter, der länger als 6 Wochen erkrankt ist, eine Rehabilitation empfehlen würden und ob sie selbst bei Bedarf und Möglichkeit eine solche Maßnahme machen würden. Das Ergebnis ist eindeutig und spricht für eine hohe Wertschätzung der Rehabilitation. 85% der Personalverantwortlichen würden länger erkrankten Mitarbeitern zu einer Reha raten und zu 93% (!) im Bedarfsfall selbst eine in Anspruch nehmen.

Konfrontiert mit verschiedenen Aussagen zum Thema Rehabilitation zeigten sich die Personalverantwortlichen vom (auch betriebs- und volkswirtschaftlichen) Sinn der Maßnahmen überzeugt.

Betriebliche Probleme durch die Rehabilitation eines Mitarbeiters

Das Image der Rehabilitation ist bei den Personalverantwortlichen – wie oben ausgeführt – generell positiv. Dennoch gibt es Faktoren im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsmaßnahme, die den betrieblichen Ablauf stören und/oder zu Kosten führen. Die größten Probleme bereiten logistische Herausforderungen, wie der Arbeitsausfall eines Mitarbeiters oder die späte Kenntnis einer bevorstehenden Reha-Maßnahme. Die Kosten einer Lohnfortzahlung sind für die Unternehmen dagegen besser zu schultern als eine ausfallsbedingte betriebliche Umorganisation.

Welche Form der medizinischen Rehabilitation wird gewünscht?

Den Befragten wurden vier verschiedene Modelle zur Auswahl gegeben und sie wurden nach deren Kompatibilität mit der betrieblichen Organisation gefragt:

- ❖ das Standardmodell – 3 Wochen ganztätig
- ❖ und drei fiktive Modelle –
 - 6 Wochen halbtags berufsbegleitend
 - 2 Tage pro Woche über 8 Wochen
 - berufsbegleitend nach Feierabend.

Zwischen Standard- und dem 6- bzw. 8-wöchigen Modell gab es über die gesamte Stichprobe deutliche Unterschiede. Während die 3-wöchige Variante nur zu 32% als "sehr gut" und "gut" mit den betrieblichen Abläufen vereinbar beurteilt wurde, waren es beim 6-wöchigen Modell bereits 46% und bei der 8-wöchigen Version 58%. Wie nicht anders zu erwarten, erzielte die "Feierabendvariante" mit 85% den Spitzenwert.

Unterscheidet man nach Betriebsgrößen, so ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede: Die kleinsten Betriebe (unter 10 Mitarbeiter) wünschen deutlich häufiger die Variante "nach Feierabend" und "2 Tage/Woche über 8 Wochen" als die größeren Unternehmen und lehnen deutlich häufiger das 3-wöchige Standardmodell ab. Diese Variante lehnen auch die wirtschaftlich eher schlechter gestellten Betriebe signifikant häufiger ab.

Wieder fit – durch betriebliche Gesundheitsförderung

H. Kowalski, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung, Köln

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst nicht nur die Primärprävention im Unternehmen, sondern ebenso die Sekundär- und Tertiärprävention. Dazu können auch Maßnahmen im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX zählen. Die Erfahrung einer Krankheitszeit, besonders nach Diagnosen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Bandscheibenvorfall, führt bei vielen Betroffenen zu einer erheblichen Verhaltensänderung und zu einer gesünderen Lebensweise. Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung muss in dieser Phase die Stärkung der Fitness sein. Um das zu erreichen, ist eine engere Verknüpfung von Rehabilitation und Sekundärprävention notwendig. Die Sozialversicherungsträger können damit einen wesentlichen Beitrag zur Employability (Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit) bis zum Rentenalter leisten.

Ältere Arbeitnehmer und Arbeitsplatz

Kurt Rinnert, Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft, Arbeitsmedizinischer Dienst

Zunehmend mehr Menschen mit chronischen Erkrankungen werden in den nächsten Jahren und Jahrzehnten im Arbeitsprozess stehen. Dafür gibt es gute Gründe: Die Überalterung der Bevölkerung nimmt zu. Im Jahr 2020 werden voraussichtlich mehr als 50% der Erwerbstätigen zu den "älteren Arbeitnehmern" zählen, d.h. 45 Jahre und älter sein. Die Anzahl der Neuerkrankungen bei chronischen Erkrankungen nimmt zu, aber auch die Häufigkeit in der Bevölkerung für chronische Erkrankungen insgesamt wird sich erhöhen.

Als wesentliche Ursachen für den Anstieg der chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung gelten der weitere Anstieg des Übergewichts (Risikofaktor Nr. 1), aber auch verbesserte Therapieoptionen (medikamentöse Behandlung und Schulungen) und eine frühzeitigere Diagnosestellung. Auch die Lebenserwartung von Menschen mit chronischen Erkrankungen wird voraussichtlich ansteigen. Das Renteneinstiegsalter wird ab 2012 schrittweise bis 2029 erhöht werden. Ab dann wird es eine Rente erst mit 67 geben. Auch dadurch werden mehr ältere Menschen im Arbeitsprozess stehen.

Aber: Europaweit sind in keinem anderen Land so wenig ältere Beschäftigte erwerbstätig wie in Deutschland. Über die Hälfte der Unternehmen haben keine Beschäftigten mehr, die älter als 50 Jahre sind. Dies bedeutet eine gefährliche Verschwendung bzw. Vernichtung von Erfahrung, Kenntnissen und Kompetenzen für den Standort Deutschland, aber auch für die einzelnen Branchen und Betriebe.

Das Hauptproblem liegt in der tradierten Ausrichtung, d. h. der Konzeption der Arbeitsstätten und der Arbeitsabläufe, auf nahezu ausschließlich junge Menschen. Die Lösung liegt zum einen Teil in dem Umbau der Arbeitsverhältnisse auf die Bedürfnisse der älteren und ggf. gehandikapteten Arbeitnehmer. Der andere Teil der Lösung liegt in der Förderung der Gesundheit der Menschen bei der Arbeit. Dabei ergänzen und verstärken sich gegenseitig persönliche und betriebliche Maßnahmen.

Dazu müssen allerdings Voraussetzungen vor allem in den Betrieben geschaffen werden. Viele forschungsunterstützte Einzelprojekte befassen sich mit konkreten Maßnahmen in Branchen oder bestimmten Betrieben. Diese Erfahrungen sind auszuwerten und auf ihre Übertragbarkeit hin zu prüfen. Dies ist aber nicht Gegenstand dieser Betrachtung.

In diesem Beitrag wird ein systematischer Ansatz entworfen, chronisch Kranke im Betrieb frühzeitig zu erkennen und deren Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Dazu wird das Zusammenwirken von Unternehmern, den Betriebsärzten und anderer im Arbeitsschutz Beteiligter in Form einer Matrix am Beispiel des Diabetes mellitus dargestellt.

Langzeitarbeitslosigkeit als Risikofaktor für Erkrankung und Berentung

Nico Dragano, Universität Düsseldorf, Institut für Sozialmedizin, Düsseldorf

Wie einzelne Menschen und ganze Gemeinschaften auf Arbeitslosigkeit reagieren, ist seit langem Gegenstand der Forschung. Als Startpunkt kann die 1933 erschienene und inzwischen zum Klassiker gewordene Untersuchung von Marie Jahoda, Paul Lazarsfeld und Hans Zeisel über die "Arbeitslosen von Marienthal" gelten. Die Forscher beschreiben dort die Folgen, welche die Schließung des größten Arbeitgebers am Ort für die Gemeinde hatte und dokumentieren Hoffnungslosigkeit, Armut und den Verfall gemeinschaftlicher Werte und Aktivitäten.

Seit der 1930er Jahren hat sich zwar die finanzielle Absicherung der Arbeitslosen verbessert, allerdings ist Arbeitslosigkeit nach wie vor ein schwerwiegendes Ereignis. Sie bedeutet nicht nur finanzielle Einbußen, sondern auch den Verlust der Berufsrolle und unter bestimmten Umständen soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung.

Hinzu kommt, dass der Gesundheitszustand der Arbeitslosen im Durchschnitt schlechter ist, als der der Erwerbstätigen. So zeigt beispielsweise der Bundesgesundheitsurvey, dass Arbeitslose ihre Gesundheit deutlich schlechter einstufen als Menschen mit Arbeit. Diesem subjektiven Bild entsprechen objektive Gegebenheiten: verschiedene Studien zeigen, dass Gesundheitsstörungen und manifesten Erkrankungen physischer und psychischer Natur bei Arbeitslosen häufiger sind. Entsprechend höher ist auch das Risiko einer krankheitsbedingten Frühberentung. Der Zusammenhang geht sogar so weit, dass bei Langzeitarbeitslosen eine Sterblichkeit auf überdurchschnittlich hohem Niveau zu beobachten ist.

In diesem Vortrag werden zentrale Befunde zur gesundheitlichen Lage der Arbeitslosen in Deutschland und anderen Ländern vorgestellt. Nach diesem Überblick folgt eine Diskussion möglicher Ursachen. Im Wesentlichen gibt es zwei Hypothesen. Die erste geht von einem Selektionseffekt aus, der darin besteht, dass erkrankte Erwerbstätige schneller ihren Job verlieren und sich daher in der arbeitslosen Population mehr Kranke finden. Die zweite nimmt einen kausalen Zusammenhang an. Das heißt, dass die Arbeitslosigkeit selbst, bzw. mit ihr verbundene Risiken, Erkrankungen auslöst.

Für beide Verursachungswege gibt es Belege. Am wahrscheinlichsten erscheint aber ein gleichzeitiges Wirken beider Prozesse, die sich teilweise noch gegenseitig verstärken, etwa wenn Arbeitslose erkranken und dann aufgrund der Erkrankung keine Chancen mehr auf dem Arbeitsmarkt haben.

Literatur

Grobe G, Schwartz, FW (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Berlin, Robert Koch Institut.

Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H (1975) Die Arbeitslosen von Marienthal. Frankfurt am Main, Suhrkamp.

Martikainen PT, Valkonen T (1996) Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. Lancet 348:909-12.

Rehabilitationsziele und -angebote bei Langzeitarbeitslosigkeit in der medizinischen Rehabilitation

Karin Meng, Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Würzburg

Mit dem "Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt" ("Hartz IV") wurde das SGB II geschaffen, welches eine Reihe von Neuregelungen für Arbeitssuchende mit sich brachte. Unter anderem wurden frühere erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger mit dem 01.07.2005 potenzielle Antragsteller auf medizinische Rehabilitationsleistungen durch die Deutsche Rentenversicherung (Welti, 2006). Zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit besteht eine vielschichtige Wechselbeziehung. Der Anteil der Arbeitslosen, die gesundheitsbedingte Wiederbeschäftigungsbarrieren aufweisen, ist mit rund 20% hoch (Hollederer, 2006). Differenzierte und erprobte Konzepte zur rehabilitativen Behandlung dieser Patientengruppe mit zusätzlich beruflicher und psychosozialer Problemlage existieren bisher noch nicht.

Ziel des aktuellen Forschungsprojekts "Entwicklung und Evaluation eines Behandlungskonzeptes *Medizinische Rehabilitation von Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II*" (Vogel, Holderied, Meng, Wolf) ist die inhaltliche Konzeption und Evaluation eines spezifischen Behandlungskonzeptes für rehabilitationsbedürftige Langzeitarbeitslose. Als Ausgangspunkt für die Behandlungskonzeption wurden verschiedene Ansätze zu berufsbezogenen Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation, deren Wirksamkeit im Rahmen von MBO-Modellprojekten nachgewiesen werden konnte (vgl. Müller-Farnow et al., 2006; Umsetzungsprojekt C3 Neuderth/Vogel), genutzt. In zwei Querschnitterhebungen wurden mündliche und schriftliche Versichertenbefragungen bei konsekutiven Zeitstichproben von Antragstellern auf medizinische Rehabilitationsleistungen mit ALG II-Bezug bei der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken durchgeführt. Als Zielparameter wurden der funktionale Gesundheitsstatus, die subjektive Erwerbsprognose, die rehabilitationsbezogenen Erwartungen sowie die berufsbezogene Therapiemotivation erfasst.

Die Ergebnisse der Versichertenbefragung belegen eine negative subjektive Erwerbsprognose sowie ein mittleres bis starkes Interesse an berufsbezogenen Therapiebausteinen. Ein vorläufiges Behandlungskonzept mit drei Behandlungsschwerpunkten (a) verhaltensmedizinische Behandlung, (b) medizinisch-beruflich orientierte Maßnahmen (Sozialberatung, berufsbezogenes Gruppenangebot, Belastungserprobung) und (c) aktive Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung und an der Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation wird vorgestellt. Ziel des multimodalen Therapiekonzeptes ist eine Verbesserung der individuellen Erwerbsfähigkeit bzw. Wiederbeschäftigungsfähigkeit.

Freie Vorträge

Vorsitz: W. Knisel, Bad Kissingen
B. Kluthe, Freudenstadt

- 09.30 – 09.40 Erkrankungsaktivität und Medikation als Rehabilitationsziele bei Morbus Crohn?
J. Streit, F. Grünhage, C. Reichel, Bad Brückenau und Bonn
- 09.40 – 09.50 Gewichtsregulation und der Gastrointestinaltrakt
U. Cuntz, Prien/Chiemsee
- 09.55 – 10.05 Gewicht, Rehabedürftigkeit und psychologische Belastung ein Jahr nach stationärer Rehabilitation wegen Adipositas
H. Fischer, B. Jolivet, Bad Driburg
- 10.05 – 10.15 Erste Ergebnisse einer 10-jährigen Rückverfolgung von übergewichtigen Patienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von Versicherten der DRV-Westfalen
B. Jolivet, H. Fischer, Dr. Rosemeyer, Bad Driburg
- 10.20 – 10.30 Kardiale autonome Neuropathie, Blutdruckrhythmik und Urinalbuminexkretion bei Typ 2 Diabetikern
M. Weck, T. Fiedler, J. Schulze, Kreischa
- 10.30 – 10.40 Chronische Pankreatitis und Vitaminstatus – ADEK ade?
H. Suffel, U. Armbrecht, D. Rosemeyer, Bad Driburg und Bad Kissingen
- Vorsitz* U. Armbrecht, Bad Kissingen
H. Allgayer, Bad Mergentheim
- 11.15 – 11.25 Konzeption und erste Erfahrungen der MEGAREDO-Studie
F. Birkenfeld, W. Knisel, Bad Brückenau und Bad Kissingen
- 11.25 – 11.35 Implementierung des Integrierten orthopädisch-
psychosomatischen Konzepts (IopKo) in Rehabilitationskliniken
S. Fröhlich, R. Niemeyer, B. Greitemann, Bad Rothenfelde
- 11.40 – 11.50 Arbeitslosigkeit, gesundheitliche Lebensqualität und Rehabilitation
B. Wild, H. Pollmann, Bad Neuenahr-Ahrweiler
- 11.50 – 12.00 Motivationsförderung durch Zielanalyse und Zielklärung: ZAZO. Ein ressourcenorientiertes Gruppentraining für Rehabilitanden zur Klärung berufsbezogener Ziele und Beratung zur Umsetzung
R. G. Fiedler, C. Reher, B. Greitemann, G. Heuft, Münster und Bad Rothenfelde
- 12.05 – 12.15 Erfahrungen aus dem Telefoncoaching in der konkreten beruflichen Wiedereingliederung depressiv kranker Erwerbstätiger
M. Poersch, S. Steinborn, W. Krisch, R. Löbbert, C. Dohle, S. Smolenski, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Erkrankungsaktivität und Medikation als Rehabilitationsziele bei Morbus Crohn?

Jürgen Streit¹, Frank Grünhage², Christoph Reichel¹

¹Deutsche Rentenversicherung Bund, Reha Zentrum Bad Brückenau, Klinik Hartwald, Bad Brückenau ² Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universitätsklinikum Bonn, Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität Bonn, Bonn

Hintergrund

Es existieren keine Daten über die Wirkungen einer leitliniengerechten Rehabilitation (Reha) bei Patienten mit Morbus Crohn (MC). Wir untersuchten daher die Wirkung von Reha auf die Medikation und Erkrankungsaktivität bei Patienten mit MC.

Methodik

In einer retrospektiven Einzelzentrums Kohortenstudie wurden Entlassungsbriefe und Krankenakten von 355 Patienten mit ICD Verschlüsselung MC, deren Reha in 2006 komplett durchgeführt wurde, ausgewertet. Es wurde die Erkrankungsaktivität und die medikamentöse Therapie des MC vor und nach der Reha verglichen.

Ergebnisse

Ein radiologisch bzw. histologisch gesicherter MC lag bei 337 Rehabilitanden (250 w, 87 m; mittleres Alter 40 ± 11 Jahre) vor. Die Aktivitätsindices Crohns Disease Activity Index (CDAI) und Harvey Bredshaw Index (HBI) lagen zu Beginn der Reha (Dauer 23 95% CI 20 - 35 Tage) bei $146,4$ 95% CI 37 - 283 bzw. $4,9$ 95% CI 1 - 11. Zu Beginn nahmen 113 Patienten ein systemisch wirksames Steroid (Cortisol Äquivalenzdosis (ÄD) 71 ± 61 mg). 45 Patienten nahmen Budesonid als einziges Steroid ($7,2 \pm 2,8$ mg), sowie 13 Patienten Budesonid als zweites Steroid. 109 Patienten wurden mit Azathioprin (AZT) in einer Dosis von 113 ± 54 mg bzw. $1,6 \pm 0,8$ mg/kg behandelt. Während der Reha sank der HBI um $1,2$ 95% CI 1,0 - 1,3 Indexpunkte ($p < 0,0001$). Systemische Steroide wurden bei 15 Rehabilitanden ($p < 0,001$) abgesetzt. Bei 4 Patienten, die nur Budesonid erhielten konnte es abgesetzt werden (n.s). Bei 11 Patienten ($p < 0,001$) wurde AZT neu gegeben. Die Cortisol ÄD bei den mit systemisch wirksamen Steroiden Behandelten konnte um $20,3$ 95% CI 13,5 - 27,1 mg gesenkt werden. Die AZT Dosis stieg um 20 95% CI 14 - 27 mg auf 133 ± 44 mg bzw. $1,9 \pm 0,6$ mg/kg ($p < 0,001$).

Schlussfolgerung

Eine dreiwöchige Reha in einer gastroenterologischen Schwerpunktlinik führt zu einer signifikanten Reduktion der MC Aktivität und der verabreichten systemisch wirksamen Steroiddosis. Nach der Reha wurden signifikant mehr Patienten mit AZT behandelt und die AZT Dosis in Richtung auf die empfohlene Standarddosis (2,5 mg/kg) signifikant angehoben. Diese Dosiserhöhung erklärt bei bekanntem verzögertem Wirkeintritt des AZT die gefundene Akutwirkung der stationären Reha auf die MC Aktivität nicht. Unsere Studie zeigt, dass Verminderung der Erkrankungsaktivität und Optimierung der medikamentösen Therapie realistische Rehabilitationsziele bei MC sind.

Gewichtsregulation und der Gastrointestinaltrakt

Ulrich Cuntz

Klinik Roseneck, Prien

Menschliches Körpergewicht unterliegt einem hypothalamischen Regulationsmechanismus, dessen phylogenetischer Auftrag die Konstanterhaltung der im Organismus gespeicherten Energie ist. Seit der intensiven Forschung der letzten Jahre hat sich die Landkarte des Hypothalamus gründlich geändert. Während noch vor 20 Jahren ein Hunger- und ein Sättigungszentrum im Hypothalamus vermutet wurden, wird die Aufgabenteilung heute weit komplexer gesehen. Die Vorräte des Körpers werden durch ein energieerhaltendes Netzwerk verwaltet. Besondere Bedeutung kommt hierbei dem Nucleus arcuatus zu, der für die Integration der vom Körper kommenden Signale zuständig ist. Diese Signale informieren das Gehirn über die im Körper verfügbare Energie. Wesentliche Signale kommen dabei vom Gastrointestinaltrakt, wobei zu den schon lange bekannten Sättigungshormonen wie Insulin und Cholezystokinin immer neue und bedeutsame Regulatoren der Nahrungsaufnahme wie Ghrelin, PYY oder GLP I kommen. Diesen Peptiden gilt hohe wissenschaftliche Aufmerksamkeit, da mit Ihnen auch immer die Hoffnung auf eine effektive pharmakologische Beeinflussung des Körpergewichtes verbunden ist.

Gewicht, Rehabedürftigkeit und psychologische Belastung ein Jahr nach stationärer Rehabilitation wegen Adipositas

Harald Fischer, Bénédicte Jolivet

Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Bad Driburg

Institut für Reha-Forschung, Norderney

Einleitung

Seit 10 Jahren bieten wir unseren Patienten ein Jahr nach stationärem Heilverfahren wegen Adipositas eine erneute stationäre Betreuung, eine sogenannte "Nachschulung" an. Dieses Angebot wird von ca. einem Drittel der geeigneten Patienten in Anspruch genommen.

Anhand dieses Patientengutes wollen wir beschreiben, welche Veränderungen sich 1 Jahr nach Rehabilitation bezüglich Gewicht, Rehabedürftigkeit und psychologischer Belastung feststellen lassen.

Patienten und Methoden

Retrospektiv wurden folgende Patienten rekrutiert: Teilnehmer einer Adipositas-Nachschulung 2004 o. 2005. Ausgeschlossen wurden die Patienten mit Hauptdiagnose bei Grundheilverfahren aus den Bereichen Onkologie oder Psychosomatik.

Erstens wurde untersucht, ob sich die Megaredo-Daten der Patienten die zur Nachschulung gekommen sind, von denen der Patienten unterscheiden, die nicht gekommen sind; zweitens wurden bei den Nachschülern die Megaredo-Daten des Grundheilverfahrens mit denen der Nachschulung verglichen. Es handelte sich um 146 Nachschulungs-Patienten, 64% Männer, Durchschnittsalter 43 ± 9 Jahre, BMI $41,6 \pm 7,9$ kg/m².

Ergebnisse

Zunächst wurde untersucht, ob bei den Patienten, die zur Nachschulung erschienen sind, Unterschiede bestehen im Vergleich zu denen, die das Angebot nicht bekommen oder nicht wahrgenommen haben. Beide Gruppen unterschieden sich weder bei BMI bei Aufnahme, Gewichtsabnahme während des Heilverfahrens noch bei demographischen Daten, Rehabedürftigkeit oder psychologischen Belastungsfaktoren. Lediglich der Anteil der Berufstätigen war bei den Nachschülern mit 77% vs. 68% höher ($p < 0,05$).

Ein Jahr nach dem Grundheilverfahren, bei Beginn der Nachschulung, lassen sich folgende Veränderungen nachweisen: die mittlere Gewichtsabnahme betrug 3kg, der subjektive Gesundheitszustand war gebessert, die Rehabedürftigkeit war gesenkt insbesondere in den Bereichen "Schmerz" und "Burnout". Auch die psychologische Belastung (Score Angst/Depression/Krankheitsbelastung) zeigte sich verringert.

35% der Patienten hatten ihr Entlassungsgewicht um mindestens 1kg weiter reduzieren können (40% bei Frauen, 32% bei Männern). 30% der Patienten hatten nach 1 Jahr mindestens 5% des Ausgangs-Gewichts verloren.

Diskussion

Bei dem Grundheilverfahren konnten wir keine Prädiktoren identifizieren, die eine Teilnahme an einer Nachschulung vorhersagen.

Bei den Patienten, die zur Nachschulung erscheinen, lassen sich eine signifikante dauerhafte Gewichtsreduktion und Schmerzreduzierung nachweisen. Ebenso ergibt sich nach einem Jahr eine geringere Rehabedürftigkeit und psychologische Belastung.

Erste Ergebnisse einer 10-jährigen Rückverfolgung von übergewichtigen Patienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von Versicherten der DRV-Westfalen

Bénédicte Jolivet, Harald Fischer, Dierk Rosemeyer

Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Bad Driburg

Institut für Reha-Forschung, Norderney

Einleitung

Langzeit-Beobachtungen bei Adipösen berücksichtigen selten mehr als 2 –3 Jahre. Wir haben versucht, unsere damaligen adipösen Patienten 10 Jahre nach Heilverfahren nachzuverfolgen und sie mit einer Zufallsstichprobe von Versicherten der DRV-Westfalen, für Alter und Geschlecht gematcht, zu vergleichen.

Wir wollten zuerst folgende Frage beantworten: Inwieweit weichen unsere damaligen adipösen Patienten vom Durchschnitt der altersadaptierten DRV-Westfalen Versicherten ab für die Parameter Überlebenszeit, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitslosenzeiten und Frühberentung?

Patienten und Methoden

Es handelt sich um eine katamnestische, retrospektive Untersuchung. Eingeschlossen wurden alle Rehabilitanden der Klinik Rosenberg, die folgende Einschlusskriterien erfüllten: Aufnahme zur Reha zwischen 1.1.95 und 31.12.97, bei Aufnahme BMI über 30 kg/m², Alter unter 51 Jahre, DRV-Westfalen als Kostenträger.

Für die eingeschlossenen Patienten und für eine anonymisierte randomisierte Kontrollgruppe von gleichaltrigen DRV-Versicherten wurden anhand der Rentenkarten folgende Daten

erhoben: Lebend/Tod, kumulierte Arbeitsunfähigkeitszeiten (nur AU-Zeiten über 6 Wochen werden erfasst), kumulierte Arbeitslosenzeiten und EU-Berentung.

Es wurden 868 Patienten eingeschlossen, 71% Männer, Durchschnittsalter bei Aufnahme 41 ± 7 Jahre. Von 859 (99%) Patienten und 847 Kontroll-Versicherten wurden uns die Daten übermittelt.

Ergebnisse

Im Vergleich zur Kontrollgruppe sind unsere damaligen Patienten

- mit 6,9% vs. 3% mehr verstorben,
- in den letzten 10 Jahren länger krank gewesen,
- weniger arbeitslos gewesen,
- doppelt so häufig Bezieher eine EU-Rente wie die Kontrollgruppe.

Prädiktoren für einen frühzeitigen Tod bei unseren Patienten war vor allem eine Erhöhung der γ GT und/oder des MCV.

Diskussion

Die erhöhte Mortalität und Morbidität unserer damaligen adipösen Patienten ist eindeutig. Die Ursache dafür ist unklar: die Todesrate bei Patienten mit gastroenterologischen, Stoffwechsel- oder sonstigen führenden Diagnosen unterscheidet sich nicht. Offensichtlich stellt Alkohol in unserer Population einen wesentlichen Risikofaktor für das frühere Ableben dar. Der niedrige Anteil an Arbeitslosen bei unseren ehemaligen Patienten erklärt sich möglicherweise durch eine soziale bessere Einbindung und/oder die häufigere Beziehung einer EU-Rente.

Die Nachbeobachtung nach 10 Jahren soll uns ermöglichen, Prädiktoren einer erfolgreichen Gewichtsabnahme zu identifizieren.

Kardiale autonome Neuropathie, Blutdruckrhythmik und Urinalbuminexkretion bei Typ 2 Diabetikern

*Matthias Weck, T. Fiedler, J. Schulze
Klinik Bavaria, Kreischa*

Einleitung

An einem ausgewählten Krankengut von Typ 2-Diabetikern sollten Auftreten, Verknüpfungen und Risikoprofil von kardialer autonomer Neuropathie (KAN), gestörter zirkadianer Blutdruckrhythmik und Urinalbuminexkretion (UAE) erfasst werden.

Methoden

Wir untersuchten alle 423 Typ 2-Diabetiker, die 2002 in eine spezialisierte Diabetes-Abteilung einer Rehabilitationsklinik aufgenommen wurden, hinsichtlich der o.g. Parameter und des mikro- und makrovaskulären Risikos. 70,4% der Patienten waren Männer. Das Durchschnittsalter lag bei 55,7 Jahren, die mittlere Diabetesdauer bei 10,0 Jahren. Der Variationskoeffizient der Herzfrequenzvariabilität unter tiefer Atmung (VKTA) gilt als sensitivster Parameter zur Erfassung einer KANN. Zirkadiane Blutdruckrhythmik, UAE, Nephropathie, Retinopathie und koronare Herzerkrankung (KHK) wurden deshalb Quartilen des VKTA zugeordnet.

Ergebnisse

Typ 2-Diabetiker mit niedrigem VKTA als Marker einer ausgeprägten KANN weisen signifikant höhere systolische Blutdruckwerte während der Tag- und der Nachtphase, einen signifikant geringeren systolischen und diastolischen Blutdruckabfall im Vergleich der Tag- zur Nachtphase, einen signifikant höheren Anteil an Non-Dippern (90%), signifikant höhere UAE, Serumkreatininwerte, Retinopathie- und KHK-Häufigkeit auf als Typ 2-Diabetiker mit hohen (normalen) VKTA.

Schlussfolgerungen: Für das untersuchte Patientengut erlauben die Analyse des VKTA, der 24h-Blutdruckmessung und der UAE eine profunde Einschätzung des mikro- und makrovaskulären Risikos. Gleichzeitig wird der hohe Anteil multimorbider Diabetiker im speziellen Reha-Setting belegt.

Chronische Pankreatitis und Vitaminstatus – ADEK ade?

Holger Suffel¹, U. Armbrecht², D. Rosemeyer¹

¹Klinik Rosenberg, Bad Driburg; ²Marbachtalklinik, Bad Kissingen

Einleitung

Die Häufigkeit eines Mangels an fettlöslichen Vitaminen A, D, E und K bei Patienten mit chronischer Pankreatitis (C.P.) ist unklar, sowohl bezüglich der Höhe des Spiegels als auch bezüglich des Einflusses unterschiedlicher anatomischer Gegebenheiten (mit/ohne erhaltene Duodenalpassage). Eine parenterale Gabe ist nicht mehr möglich, eine orale Substitution gilt als unsicher in Bezug auf die Resorption und ist auch in der Dosierung ungeklärt.

Wie häufig ist ein Mangel welcher Vitamine bei welchen Patienten mit C.P? Was geschieht nach oraler Substitution? Welche Rolle spielt β -Carotin als möglicher Marker?

Methodik

76 Patienten mit chronischer Pankreatitis (nach Operation 19 mit, 25 ohne erhaltene Duodenalpassage) wurden untersucht. 50 Patienten gleichen Alters, BMI und Sozialstatus ohne maligne oder gastrointestinale Krankheiten bildeten eine Kontrollgruppe. Eine Diagnosesicherung der chronischen Pankreatitis erfolgte anhand des Lüneburg-Punkte-Scores (Lankisch, P. et al. 2002). Die Bestimmung von Vitamin A und E wurde mittels Flüssigkeitschromatographie, die Bestimmung von 25-OH-Vit. D mittels RIA, die Vitamin K-Bestimmung indirekt mittels INR durchgeführt.

Ergebnisse

Tabelle 1

Vitamine		Kontrolle n=50	C.P. n=76	P
A	Mittelwert	2,2 ± 0,6	1,8 ± 0,8	<0,01
	% Mangel (<1,1 µmol/l)	0	17	<0,01
D	Mittelwert	27,3 ± 12,6	16,2 ± 7,7	<0,0001
	% Mangel relativ (<20 µg/l) absolut (<10 µg/l)	33 0	43 26	<0,0001
E	Mittelwert	32,8 ± 8,5	24,5 ± 12,2	<0,001
	% Mangel (<12,0 µmol/l)	0	7	ns (0,06)
K	Mittelwert INR	0,91 ± 0,05	0,96 ± 0,09	<0,001
	% Mangel (INR>1,15)	0	0	ns
β-Carotin	Mittelwert (µg/dl)	86 ± 37	39 ± 25	<0,0001

Tabelle 2

Duodenalpassage bei operierten Patienten			Vorhanden n=19	Aufgehoben n=25	P
Vitamin- spiegel (% Mangel)	A	(µmol/l)	1,85 (n=19)	1,7 (n=23)	ns
			(16)	(9)	
	D	(µg/l)	18,6 (n=19)	14,1 (n=23)	0,06
		relativ	(47)	(52)	
		absolut	(11)	(30)	
	E	(µmol/l)	26,4 (n=19)	23,8 (n=22)	ns
			(5)	(5)	
	K	INR	1,0 (n=19)	1,0 (n=22)	ns
			(0)	(0)	

Tabelle 3

Orale Substitution	Vitamin A n=7	Vitamin D n=24
Dauer (MW)	12 Tage	15 Tage
kumulierte Dosis (MW)	51.000 IE	34.000 IE
Zunahme (MW)	0,87 -> 1,19 (µmol/l)	12,5 -> 24,3 (µg/l)

Diskussion

In unserem Kollektiv findet sich ein Mangel an Vitamin A bei jedem 6. Patienten mit C.P. (17%), ein leichter (relativer) Vitamin D-Mangel bei fast jedem 2. (43%), ein schwerer (absoluter) Mangel bei jedem 4. (26%) Patienten.

Eine ungezielte kombinierte Substitution der Vitamine A und D ist bei geringer therapeutischer Bandbreite nicht sinnvoll, eine orale Gabe ist möglich und effektiv. Ein Vitamin E-Mangel zeigt sich in 7%; eine Vitamin-E-Mangel-Erkrankung ist nicht bekannt. Ein Vitamin K-Mangel findet sich nicht. Eine fehlende Duodenalpassage (bei operierter C.P.) kann die Mangelsituation von Vitamin D gering verstärken.

Eine Untersuchung von β -Carotin kann eine Vitamin-Bestimmung reduzieren: 86% aller Patienten mit einem β -Carotin $<40 \mu\text{g/dl}$ haben einen Vitamin-D-Mangel (32 von 37 Patienten).

Konzeption und erste Erfahrungen der MEGAREDO-Studie

Werner Knisel, Frauke Birkenfeld

MEGAREDO-Studiengruppe Bad Kissingen/Bad Brückenau

Das Basisdokumentationssystem Megaredo (= **met**abolisch-**ga**stroenterologische **Reha-****Do**kumentation) wurde für den Bereich der Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten von Experten aus der Praxis der klinischen Rehabilitation konzipiert und ermöglicht die systematische Erhebung rehabilitationsrelevanter Daten sowohl aus der Sicht von Ärzten als auch von Patienten. Es besteht aus mehreren Modulen, die neben diagnosespezifischen Daten auch Basisinformationen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, krankheitsbezogenen Angst, Depressivität, Krankheitsbewältigung, Erwerbssituation, Suchtgefährdung sowie zu den Reha-Zielen der Patienten liefern.

Im Jahr 2006 wurde eine prospektive, kontrollierte Studie begonnen, die an drei Reha-Kliniken der Deutschen Rentenversicherung (2 Kliniken des Bundesträgers, 1 Klinik eines Regionalträgers) mit Schwerpunkt Gastroenterologie und/oder Stoffwechselerkrankungen durchgeführt wird. Bei einer angenommenen drop out – Rate von 20% wird eine Gesamtzahl von 1080 Studienpatienten angestrebt. Es wird der Einfluss der Patientenmodule auf den Rehabilitationsprozess und das –ergebnis untersucht. Insbesondere wird der Frage nachgegangen, ob der Einsatz von Megaredo zu einer Verbesserung der Zuweisung zu psychosozialen Therapieangeboten sowie zu einer verbesserten Darstellung psychosozialer und arbeitsplatzbezogener Probleme im Entlassungsbericht führt. Darüber hinaus wird geprüft, ob sich durch den Einsatz von Megaredo die Zufriedenheit mit der Rehabilitation verändert.

Die Untersuchung wird je Klinik mit drei Patientengruppen durchgeführt, von denen zwei Experimentalgruppen sind und eine als Kontrollgruppe fungiert. Teilnehmer in den beiden Experimentalgruppen erhalten Megaredo-Eingangs- und Abschlussfragebögen sowie eine modifizierte Version des DRV-Fragebogens zur Beurteilung der Rehabilitation. Die MEGAREDO-Bögen einer Gruppe werden den behandelnden Ärzten ausgehändigt, die der anderen Gruppe dagegen nicht. Die Kontrollgruppe erhält lediglich den Beurteilungsbogen. Für Gruppenvergleiche sind Chi-Quadrat-Verfahren, Varianzanalysen und t-Tests vorgesehen sowie zur Beurteilung der Entlassungsberichte eine speziell auf die Fragestellung zugeschnittene Version des Peer Reviews. Im Hinblick auf eine spätere Installation des gesamten Megaredo-Systems und seine Integration in den Tagesablauf werden während dieser Studienphase auch

die klinikspezifischen Bedingungen und Ressourcen eruiert. Die Patientenrekrutierung wird voraussichtliche Ende 2007 abgeschlossen sein. Vorgestellt werden das sehr aufwendige Studiendesign und bisherige Erfahrungen

Implementierung des Integrierten orthopädisch-psychosomatischen Konzepts (IopKo) in Rehabilitationskliniken

*Stephanie M. Fröhlich, R. Niemeyer, B. Greitemann
Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde*

Hintergrund

Dass chronische Rückenschmerzen zu den größten Kostenfaktoren im Gesundheitswesen zählen (Hildebrand et al., 2005), ist allgemein bekannt. Mit dem Integrierten orthopädisch-psychosomatischen Konzept (IopKo) der Klinik Münsterland gelang in der Studie von Dibbelt, Greitemann & Büschel (2006) der Nachweis nachhaltiger Wirksamkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme für chronische Rückenschmerzpatienten im Kontrollgruppenvergleich.

Im aktuellen Forschungsprojekt RUM2 (Rückenfit-UMsetzung) wird der Kern des IopKo in 4 weitere Kliniken implementiert und im Kontrollgruppendesign evaluiert.

Das umzusetzende Konzept umfasst eine multiprofessionelle Aufnahme, zwei Module zur beruflichen Orientierung sowie das 15-tägige multimodale Behandlungsprogramm "Rückenfit". Die Module des Rückenfit bestehen aus 5 psychologischen (inkl. Entspannungstraining) und 5 somatischen Einheiten, die in geschlossener Gruppe mit konstantem Therapeuten (Psychotherapeut bzw. Sport-/Physiotherapeut) durchgeführt werden. Hinzu kommen 2 Sitzungen, welche die beiden Gruppentherapeuten gemeinsam gestalten, sowie je 4 Einheiten "Theraband" und "Aquatrainig".

Fragestellung

Wie und mit welchem Aufwand kann man ein derartiges Programm implementieren? Welche Faktoren spielen dafür eine Rolle? Welche Schwierigkeiten, welche Chancen gibt es? Welche Ergebnisse zeichnen sich bei der Evaluation ab?

Methodik

Die Implementierung erfolgt in 4 orthopädischen Kliniken und beinhaltet folgende Prozesse:

1. Die Umsetzung des Konzepts
2. Die Evaluation des Konzepts
3. Die Evaluation des Umsetzungsprozesses

Bei unserer Vorgehensweise standen vorbereitende Interviews in der Referenzklinik, persönliche Besuche bei den Kooperationspartnern, Gespräche mit den Klinikleitungen, Ärzten und Therapeuten sowie steter Austausch mittels verschiedenster Medien im Mittelpunkt der bisherigen Umsetzung. Zur Schulung der Therapeuten fanden Hospitationen in der Klinik Münsterland sowie Gespräche mit erfahrenen Therapeuten statt. Des Weiteren wurden die Programmeinheiten gefilmt und den Therapeuten auf dvd zur Verfügung gestellt. Die Programminhalte liegen auch in schriftlicher Form vor, ebenso ein überarbeitetes Reha-Buch für die Patienten. Nach wie vor werden die Kooperationskliniken durch die Projektleitung betreut.

² gefördert im Rahmen des gemeinsamen Förderschwerpunktes "Rehabilitationswissenschaften" der Deutschen Rentenversicherung und des Bundesministers für Bildung und Forschung

Die Evaluation des Konzepts ist eine längsschnittliche quasi-experimentelle Vergleichsstudie: Die Reha-Effekte der Interventionsgruppe werden mit denen einer Kontrollgruppe verglichen, die ein Standard-Reha-Programm in der jeweiligen Klinik erhält. Die vier Messzeitpunkte umfassen den Zeitraum vom Reha-Beginn bis zu 10 Monaten nach Reha-Ende.

Die Evaluation des Umsetzungsprozesses erfolgt mittels eines selbst konstruierten Prozessevaluationsfragebogens, den die in den Kooperationskliniken beteiligten Mitarbeiter zu zwei Zeitpunkten während der Projektlaufzeit ausfüllen sollen.

Ergebnisse

Das Programm wird mittlerweile in 3 der 4 Kliniken umgesetzt. In diesen Kliniken wurden alle Module implementiert und 12-15 - täglich durchgeführt. Als problematisch haben sich z. T. die multiprofessionelle Aufnahme bzw. die Patientenrekrutierung sowie die Therapeutenkonstanz erwiesen. Über die Evaluationsergebnisse kann zum aktuellen Zeitpunkt noch keine abschließende Aussage erfolgen.

Fazit

Die Implementierung des multimodalen Behandlungsprogramms Rückenfit inkl. der multiprofessionellen Aufnahme bedeutete für die Kliniken eine große Veränderung vieler organisatorischer Abläufe. Das kostete in der Regel mehr Zeit und personelle Ressourcen als zunächst erwartet. Eine intensive Kommunikation, Unterstützung durch die Klinikleitung und -verwaltung, engagierte Kontaktpersonen sowie ein offenes Kollegium sind förderlich bei der erfolgreichen Durchführung eines solchen Vorhabens. Für zukünftige Umsetzungsprojekte wäre es hilfreich, wenn Projektkoordinatoren in jeder Klinik temporär im Stellenplan berücksichtigt würden. Außerdem ist wünschenswert, die erfolgreiche Implementierung eines bereits evaluierten Programms von Seiten des Kostenträgers zu honorieren.

Literatur

Dibbelt, S.; Greitemann, B.; Büschel, C.: (2006). Nachhaltigkeit orthopädischer Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen – Das Integrierte orthopädisch-psychosomatische Behandlungskonzept (IopKo). *Rehabilitation*, 6, (45), 324-335.

Hildebrandt, J., Müller, G. & Pfingsten, M. (2005). *Lendenwirbelsäule*. München: Urban & Fischer.

Arbeitslosigkeit, gesundheitliche Lebensqualität und Rehabilitation

Burkhard Wild, Hartmut Pollmann

Klinik Niederrhein der DRV Rheinland, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Hintergrund

An der Klinik Niederrhein wurde eine kontrollierte Interventionsstudie durchgeführt. Mit dieser Studie wurde geprüft, ob durch ein frühzeitiges Angebot einer Rehabilitationsmaßnahme die gesundheitliche Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und Leistungsfähigkeit nachhaltig gebessert werden und damit direkte und indirekte Krankheitskosten vermieden bzw. gesenkt werden können. Über ein Screening von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung und eine Kurzbefragung wurde frühzeitig ein Rehabilitationsbedarf festgestellt und der Interventionsgruppe ein Rehabilitationsangebot unterbreitet. Kriterien für das Screening waren das Vorliegen einer chronischen, rehabilitierbaren Erkrankung, Arbeitsunfähigkeitszeiten zwischen 43 und 180 Tagen sowie das Bestehen eines Arbeitsverhältnisses. Arbeitslosigkeit war zum Zeitpunkt des Screenings ein Ausschlusskriterium für die Studienteilnahme. Zwischen dem Datenscreening bei den beteiligten Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg und Ford BKK und dem Zeitpunkt der Intervention (Angebot einer Rehabilitationsmaßnahme durch die DRV Rheinland) lagen bis zu 19 Wochen, da für die Studienteilnehmer die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen durch die DRV Rheinland geprüft werden mussten. Bei der Auswertung der Daten fiel auf, dass in diesem Zeitraum von den 391 Studienteilnehmer 41 inzwischen arbeitslos gemeldet waren. Der Umstand einer solchen hohen Arbeitslosigkeitsrate in diesem kurzen Zeitraum veranlasste uns, die gesundheitlichen Bedingungen dieser Studiengruppe genauer zu untersuchen.

Ergebnisse

Die gesundheitliche Lebensqualität gemessen mit IRES 3 lag bei den arbeitslosen Studienteilnehmern signifikant unter der gesundheitlichen Lebensqualität der erwerbstätigen Studienteilnehmer. Hierbei waren es insbesondere die Dimensionen Gesundheitsverhalten, Krankheitsbewältigung und soziale Integration, in denen sich Arbeitslose von Erwerbstätigen unterschieden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: IRES-Dimensionen

	IRES Dimensionen *							
	Erwerbstätig			Arbeitslos			F-Wert	Sign.
	MW	s	N	MW	s	N		
Somatische Gesundheit	4,18	1,78	224	3,46	1,91	25	3,561	0,060
Gesundheitsverhalten	5,75	2,00	223	4,80	1,85	25	5,091	0,025
Funktionsfähigkeit im Alltag	4,83	2,08	226	4,02	2,38	25	3,355	0,068
Berufliche Funktionsfähigkeit	Im IRES wird dieser Subscore nur für Erwerbstätige berechnet							
Psychisches Befinden	5,39	1,95	225	4,61	2,20	25	3,480	0,063
Krankheitsbewältigung	5,78	1,74	226	4,76	2,26	25	7,091	0,008
Soziale Integration	7,21	2,23	225	5,57	3,13	25	11,081	0,001
Schmerzen	3,07	1,93	216	3,26	3,11	24	0,178	0,673
Gesamtscore	5,16	1,35	227	4,30	1,70	25	8,548	0,004

Auffallend war die erheblich geringere Inanspruchnahme des Rehabilitationsangebots durch die arbeitslosen Studienteilnehmer. Das Angebot einer Rehabilitation nahmen nur 26% der

arbeitslosen Studienteilnehmer an, wohin gegen 49% der erwerbstätigen Studienteilnehmer das Angebot annahmen ($\chi^2 = 4,84$; $p = 0,028$; $N_{IG} = 168$; $n_{alo} = 27$; $n_{erw} = 141$)

Diskussion

Die rekrutierten Studienteilnehmer (chronisch Kranke, vornehmlich blue-collar worker) gehören offensichtlich zu einer Bevölkerungsgruppe, die von Arbeitslosigkeit stark betroffen sind. Diese aktuelle Arbeitslosigkeit assoziiert deutlich mit der gesundheitlichen Lebensqualität. Ferner hat diese Gruppe der von Arbeitslosigkeit betroffenen einen deutlich schlechteren Zugang zur Rehabilitation als die erwerbstätigen Versicherten. Inwieweit die schlechtere gesundheitliche Lebensqualität eine berufliche Reintegration von diesen arbeitslosen Versicherten beeinflusst, ist unklar. Dennoch bleibt zu überlegen, ob spezifische Angebote zur Gesundheitsförderung auch in der medizinischen Rehabilitation für diese Versichertengruppe deren Reintegrationschancen verbessern können.

Motivationsförderung durch Zielanalyse und Zielklärung: ZAZO. Ein ressourcenorientiertes Gruppentraining für Rehabilitanden zur Klärung berufsbezogener Ziele und Beratung zur Umsetzung³

Rolf G. Fiedler¹, C. Reher¹, B. Greitemann², G. Heuft¹

¹Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster

²Klinik Münsterland der LVA Westfalen, Bad Rothenfelde

Hintergrund

Berufsbezogene Probleme im Zusammenhang mit chronische Erkrankungen, oft mit verursacht durch Arbeitsbelastungen, finden sich bei dem größten Teil der Rehabilitanden. Dies geht oft mit Orientierungslosigkeit hinsichtlich beruflicher Perspektiven bis hin zur Resignation einher. Je nach individueller Krankheitsverarbeitung zeichnen sich solche Erwerbsbiographien mit negativem beruflichem Trend auch bei Patienten mit medizinisch-somatisch günstigen Prognosen ab. Daher besteht Handlungsbedarf, bei diesen Rehabilitanden einen Motivationsaufbau zu leisten (Fiedler et al. 2005). Ressourcenorientierte Interventionsansätze zur Förderung von motivationalen und volitionalen Kompetenzen finden eine große Verbreitung in der Personalentwicklung, der psychotherapeutischen Versorgung und in der psychosozialen Beratung. Obwohl es viele unterschiedliche Patientenschulungen und Gesundheitstrainings in der Rehabilitation gibt (bspw. "Blaue Ordner" der DRV), lassen sich Ansätze solcher Art nach bisherigen Wissensstand noch nicht finden.

Das Motivationstraining ZAZO möchte diese Lücke schließen. Es ist ein modulares Trainingsprogramm und beschäftigt sich mit der Setzung, Klärung und Operationalisierung beruflicher Ziele. Ziele wirken wie ein Kompass – durch das Training werden die Rehabilitanden befähigt, diesen Kompass zu nutzen.

Ziel des Trainings

Bei dem hier vorgestellten Projekt geht es um die Entwicklung eines Motivationstrainings, das durch Klärung berufsbezogener Ziele und Beratung zur Umsetzung bei Rehabilitanden die berufliche (Re-)Integration fördern will. Das Training ist indikationsübergreifend und für

³ Gefördert durch: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW e. V.

Kleingruppen konzipiert. Es ist modular aufgebaut, wobei anfangs arbeitsbezogene Anliegen und berufliche Ziele generiert und bewusst gemacht werden sollen. Im weiteren Verlauf geht es um die Reflexion und Operationalisierung der entwickelten Zielvorstellungen. Dann werden Strategien zur Zielbindung, Zielverfolgung und zum Umgang mit Hindernissen eingeübt. Gleichzeitig folgt eine Klärung eventueller Zielkonflikte. Die Module (4 x 2 h) im Kurzüberblick:

Modul 1: Kennen lernen, Aufbau von Gruppenkohäsion. Generierung von beruflichen Anliegen und Wünschen; Bewusstmachen impliziter Motive. Erläuterung der Lernziele und des Trainingsablauf.

Modul 2: Vorstellung und Erarbeitung zentraler Grundannahmen moderner Theorien der Motivations- und Zielpsychologie. Qualitative Zielanalyse. Darauf aufbauend Konkretisierung der Zielvorstellungen.

Modul 3: Bearbeitung von Zieloperationalisierungsschritten basierend auf quantitativen Skalen. Entwicklung und Bewertung der Zielrealisierungschancen. Zielüberblicksanalyse und Zielannäherungsplanung.

Modul 4: Aktivierung von Ressourcen. Planung der Zielumsetzung. Unterstützung des Transfers in den Alltag. Gründung eines Netzwerkes und/oder von Ziel-Patenschaften.

Ein bis zwei Wochen nach den Gruppentrainings wird den Teilnehmern ein individuelles Einzelcoaching angeboten zur Unterstützung und Überprüfung des Transfers.

Methodik

Das ZAZO-Training wird prospektiv evaluiert (kontrolliertes quasi-experimentelles Studiendesign mit Messwiederholungsplan). Die Rehabilitanden werden in den kooperierenden Kliniken bei randomisierter Zuteilung konsekutiv der Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Hierfür gelten folgende Selektionskriterien: • Alter zwischen 20 und 58 Jahren • gute deutsche Sprachkenntnisse • Erwerbsstatus: keine unbefristete EU- oder BU-Berentung • keine Nur-Hausfrauen/männer. Je Gruppe werden 6-8 Rehabilitanden teilnehmen. Als Kontrollbedingung dient das übliche klinische Reha-Setting. In beiden Bedingungen erfolgen eine komparative Motivationsdiagnostik und prä-post Vergleiche (t_0 = vor der Reha, t_1 = nach der Reha, t_2 = 4 Monate nach der Reha).

Diskussion und Ausblick

Gerade abgeschlossene Probeläufe zeigen die Praxistauglichkeit des Trainingsmanuals. Die Rückmeldungen bestätigen eine zeitliche angemessene Durchführbarkeit mit einer inhaltlichen Struktur, die einen ausgewogenen Wechsel zwischen theoretischen und praktischen Anteilen aufweist. Erste Auswertungsanalysen geben Hinweise, in welchen Bereichen (Skalen: Neugiermotiv, Einflussmotiv, Ziel-Aktivität, Selbstmotivierung, Ängstlichkeit, Depressivität & Somatisierung) Veränderungen durch das Training zu erwarten sind.

Literatur

Fiedler RG, Ranft A, Schubmann C, Heuft G, Greitemann B. (2005) Diagnostik von Arbeitsmotivation in der Rehabilitation – Vorstellung und Befunde zur faktoriellen Struktur neuer Konzepte. *Psychother Psych Med*, 55: 476-482.

Fiedler, RG (2006) Diagnostik von Arbeitsmotivation bei Rehabilitationspatienten – Konzeptualisierung, Operationalisierung, Strukturanalyse und Kreuzvalidierung neuer Skalen. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster.

Erfahrungen aus dem Telefoncoaching in der konkreten beruflichen Wiedereingliederung depressiv kranker Erwerbstätiger

Marius Poersch^{1,2}, S. Steinborn¹, W. Krisch¹, R. Löbber¹, C. Dohle¹, S. Smolenski¹
Dr. von Ehrenwall'sche Klinik¹ und FörderService², Ahrweiler

Hintergrund

Aus dem Case Management [CM] depressiv kranker Erwerbstätiger i.A. privater Krankenversicherer [Benner et al. 2004, Poersch 2006] entwickelte sich ab 2003 die sektorenübergreifende Wiedereingliederungstherapie mit praestationären, stationären und poststationären Interventionsmodulen, die (bei weitgehend identischer therapeutischer Besetzung) in beliebiger Reihenfolge kombiniert werden können [Poersch 2007 a]. Das standardmäßig angewandte poststationäre Interventionsmodul beinhaltet ein wöchentliches Telefoncoaching [TC] à 20 Minuten, ggfs mit e-mail-Unterstützung. Nur selten kam es zusätzlich zu vereinzelt ambulanten Gesprächen. Im [TC] wurde der vorher (in ambulanten Gesprächen und/oder stationärem Aufenthalt) gemeinsam entwickelte Wiedereingliederungsplan überwiegend coachend begleitet (was funktioniert schon, was warum noch nicht und wie könnte es besser gehen.) Das Setting beinhaltet keine intensivere psychotherapeutischen Elemente, knüpft allerdings an eine intensive integrativ ausgerichtete psychotherapeutische Arbeit in der Vorphase an [Poersch 2007a]. Statistische Signifikanzuntersuchungen fanden nicht statt, da sich im CM methodenbedingt keine Vergleichsgruppen bilden lassen.

Ergebnisse

Von 27 TC Begleitungen konnte 17 mal abschließend Arbeitsfähigkeit erreicht werden, davon 6 mal zunächst in Simulation einer Erwerbstätigkeit. Die Bemühungen scheiterten 10 mal. Die erfolgreich wiedereingegliederte Gruppe hatte ein vergleichbares Alter und mit klinischen Mitteln vergleichbare Krankheitsschwere zur erfolglosen Gruppe, unterschied sich aber hierzu deutlich in der mittleren Krankheitsdauer (39 Wo vs. 95 Wo) und in der durch die neu entwickelten BWM-Skala [Poersch 2007b, Poersch 2007c] ermittelten beruflichen Wiedereingliederungsmotivation [6,6 vs. 4,3]. Die BWM-Skala misst die erkennbare Kooperation im gemeinsamen Bemühen, einen individuellen Wiedereingliederungsplan zu finden, mit Werten von 0 (keine) bis 8 (maximale Kooperation). Bei weniger erkennbarer Motivation und längerer AU-Dauer kann das TC inklusive die e-mail Unterstützung nicht durchgängig genutzt werden, früher oder später entwickelt sich das TC zur Krisenintervention. Wenn eine individuelle gemeinsame Wiedereingliederungsplanung mit Förderung des Rehabilitanden-Empowerment und integrativ-psychotherapeutischer Ausrichtung praktiziert wird, dann lässt sich mit 1 x wöchentlichem coachenden Telefontermin bei den motivierteren Rehabilitanden in hohem Prozentsatz eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung erreichen. Mit zunehmender AU-Dauer wird die Wiedereingliederungsquote generell deutlich abnehmen.

Ausblick

Die Ergebnisse ermutigen dazu, den sektorierten Rahmen einer medizinischen stationären Rehabilitation dann zu verlassen, wenn beim Rehabilitanden (a) eine förderbare berufl. Wiedereingliederungsmotivation vorhanden ist, (b) ein klarer individueller und sinnvoller Wiedereingliederungsplan entwickelt wurde und (c) dieser Plan bei realistischer Betrachtung Hürden (etwa "Arbeitsplatzphobien") oder konkrete Problemzonen beinhaltet. Das CM-Setting lässt zwar keine signifikanz-überprüfenden Vergleichsgruppen- Studien zu, eignet sich aber dennoch für zukünftige ergebnisorientierte Evaluationen.

Literatur

Benner V, Poersch M: Case-Management in der modernen stationären Intensiv-Therapie depressiver Erwerbstätiger: Kooperationsmodell einer Privaten

Krankenversicherung mit einem Leistungsanbieter der psychiatrisch-psychosomatischen Therapie. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 2004; 39: 302-305

Poersch M: Wiedereingliederungstherapie psychisch kranker Erwerbstätiger: Erfahrungen aus dem Case Management i.A. privater Krankenversicherer. Versicherungsmedizin 2006; 58: 174-180

Poersch M: Wiedereingliederungstherapie ins Erwerbsleben für depressiv/psychosomatisch kranke Erwerbstätige mit initial stabiler Erwerbsbiographie. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. akzeptiert 31.3.2007 (a)

Poersch M: Eine neue Skala zur Erfassung der beruflichen Wiedereingliederungsmotivation [BWM-Skala] im Case Management psychisch kranker Erwerbstätiger. Versicherungsmedizin 2007(b); 59: 37-42

Poersch M: Eine neue Skala zur Erfassung der beruflichen Wiedereingliederungsmotivation [BWM-Skala] im Case Management psychisch kranker Erwerbstätiger. Akzeptiert in Versicherungsmedizin, Abdruck ca. Mitte 2007 (c)

Arzt-Patient-Seminar der DCCV

Rehabilitation und Teilhabe bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED)

- 09.30 – 09.45 Begrüßung
C. Oswald-Timmler, Leverkusen
- 09.45 – 10.05 Neuregelungen in der Krankenversicherung
D. Schäfer, Sinzig
- 10.05 – 10.25 Rehabilitation für Kinder mit CED
R. Dopfer, Villingen-Schwenningen
- 11.15 – 11.35 Medizinische Rehabilitation bei CED
C. Reichel, Bad Brückenau
- 11.35 – 11.55 Teilhabe am Arbeitsleben und stufenweise Wiedereingliederung bei CED
J. Carstensen, Flensburg

Rehabilitation von Kindern mit CED

Roland Dopfer, Nachsorgeklinik Tannheim, Villingen-Schwenningen

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es nur kasuistische Erfahrungen zur Rehabilitation von Kindern mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Oft werden die Kinder oder Jugendlichen in Einrichtungen der Erwachsenenrehabilitation mitbetreut. Dabei ist Rehabilitation von Kindern mit chronischen Erkrankungen ohne Integration des sozialen Umfeldes nicht erfolgreich vorstellbar.

Auch die Nachsorgeklinik Tannheim, die für Kinder mit Krebserkrankungen, Mukoviszidose und Herzerkrankungen ein familienorientiertes Konzept (FOR) vertritt, hat bisher nur einzelne Patienten mit CED mit ihren Familien betreut. Die Erfahrungen aus der Erwachsenenrehabilitation belegen jedoch die Notwendigkeit der Rehabilitation für Patienten mit dieser Erkrankung. Ein Großteil der Patienten die mit dieser Erkrankung arbeitsunfähig geworden sind hatte im Vorfeld keine Rehabilitation.

Für Kinder sind die Eltern unverzichtbare Cotherapeuten, die bezüglich der Erkrankung und deren Therapie mitgeschult werden müssen.

Die Geschwister sind nach den Erfahrungen aus der FOR oft die kränksten Mitglieder in der Familie und brauchen wie die Eltern eine psychologische Bereuung. Diese kann im Rahmen eines familienorientierten Gesamtkonzeptes geleistet werden. Gleichzeitig bedeutet

familienorientierte Rehabilitation die medizinische Behandlung aller Familienmitglieder mit ihren Problemen.

Im Rahmen des Vortrags soll allgemein auf einzelne Aspekte der Rehabilitation eingegangen werden, mit Schwerpunkt auf die Familienorientierung.

Medizinische Rehabilitation bei CED

Christoph Reichel, Reha-Zentrum Bad Brückenau, Klinik Hartwald, Bad Brückenau

Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, zu denen die Colitis ulcerosa und der Morbus Crohn gerechnet werden, sind mit ihrer Prävalenz von 36 – 70 bzw. 20 – 40 pro 100.000 Einwohnern insgesamt als eher seltene Erkrankungen einzustufen. Allerdings haben sie in der gastroenterologischen Rehabilitation eine große Bedeutung, da die Erstmanifestation einen frühen Häufigkeitsgipfel um das 20. Lebensjahr aufweist. Aufgrund dessen befindet sich eine große Anzahl der erkrankten Patienten im erwerbsfähigen Alter. Zudem verläuft der überwiegende Teil der Erkrankungen chronisch, so dass die Erkrankung für die Betroffenen eine erhebliche soziale Belastung darstellt. Für die Betroffenen stehen neben der rein körperlich orientierten Behandlung auch psychosoziale Konfliktsituationen im Vordergrund. Die stationäre Rehabilitation ist, wenn sie in spezialisierten Kliniken durchgeführt wird, die einzige Behandlungsmöglichkeit, die der Komplexität dieser Erkrankungen in verschiedenen Facetten gerecht wird. Zu dieser Komplexität gehört die Frage der leitliniengerechten medikamentösen Therapie. Hier gilt es, im gemeinsamen Gespräch, aber auch im Gespräch der Rehabilitanden untereinander viele Missverständnisse und Ängste gegenüber den Therapien abzubauen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die fachgerechte ernährungsmedizinische Beratung. So konnten eigene Untersuchungen zeigen, dass ungefähr ein Drittel der Patienten mit Morbus Crohn in unserer Klinik untergewichtig und ein weiteres Drittel der Patienten deutlich übergewichtig waren. Hier kann ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt mit entsprechender diätetischer Beratung zu einer Gewichtszunahme- bzw. Abnahme führen. In Anbetracht der Tatsache, dass viele der Rehabilitanden mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Erwerbsleben stehen, kommt der sozialmedizinischen Beratung bei diesen Patienten eine erhebliche Bedeutung zu. Die in der stationären Rehabilitation vorgehaltenen Beratungsmöglichkeiten durch Sozialarbeiter und Reha-Berater sind speziell auf die Anforderungen der Rehabilitanden mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen abgestimmt. Die im Rahmen einer Studie von uns zusammengetragenen Ergebnisse zeigen, dass die Versorgungsqualität der Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen durch einen dreiwöchigen stationären Rehabilitationsaufenthalt in einer spezialisierten Klinik deutlich gebessert werden kann. So konnte eine signifikante Verbesserung des Körpergewichtes sowie der medikamentösen Therapie bei unseren Rehabilitanden erreicht werden. Auch die Erkrankungsaktivität nahm während des Rehabilitationsaufenthaltes signifikant ab. Die stationäre Rehabilitation ist daher ein wesentlicher Bestandteil in der Betreuung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei CED

Jörg Carstensen, Medizinischer Dienst Nord, Beratungsstelle Flensburg, Flensburg

Bereits seit 2001 ist im Sozialgesetzbuch IX die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen gesetzlich verankert. Es sollen Leistungen für behinderte – und von einer Behinderung bedrohte – Menschen erbracht werden – um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern – Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Es werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernd und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft von den verschiedensten Rehabilitationsträgern erbracht.

Neben der vorrangigen Frage nach der medizinischen Versorgung stellt sich für jeden erwerbstätigen chronisch Kranken als Zweites die Frage nach dem Arbeitsplatz – der arbeitsgemäßen Perspektive – wie geht es beruflich weiter – wovon bestreite ich meinen Lebensunterhalt ?

Bei der Teilhabe am Arbeitsleben steht konkret im Vordergrund die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit entsprechend der Leistungsfähigkeit – Vermeidung einer vorzeitigen Berentung. Krankheitsfolgen sollen vermieden – überwunden oder gemindert werden – Verhütung einer Verschlimmerung – auch mit Hilfe örtlicher Selbsthilfeeinrichtungen.

Welcher Patient mit CED hat nicht nach der Erstdiagnose, einer Operation, nach einem Schub – nach einer assoziierten Erkrankung – sei es eine Gelenk- oder Hautkomponente – Probleme mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz gehabt – war mit einer Kündigung konfrontiert? Unter dem Aspekt des geschützten Personenkreises für die Teilhabe am Arbeitsleben sind einerseits Patienten nach dem Schwerbehindertenrecht – aber auch andererseits Betroffene mit Bescheiden von Seiten des Rentenversicherungsträgers, der Agentur für Arbeit oder Sozialzentren berechtigt, Leistungen zu beantragen.

Welche konkreten Leistungen gibt es zur Teilhabe am Arbeitsleben – und von wem? Vorrangig leistet die Agentur für Arbeit – unter der Prämisse, daß eine so schwer- wiegende Leistungseinschränkung vorliegt, die die Aussichten, am Arbeitsleben teil- zuhaben oder weiter teilzuhaben, nicht nur vorübergehend wesentlich mindert. Weiter- gehend sind die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung gesetzlich zu Leistungen verpflichtet – nachrangig auch die Träger der Jugend- und Sozialhilfe.

Es erfolgen Hilfen für den Betroffenen in Form von leidensgerechter Vermittlung, Beratung, Trainingsmaßnahmen – berufliche Anpassung, Aus- und Weiterbildung.

Es soll eine angemessene und geeignete Beschäftigung gesichert werden – Grundzuschüsse bis zur Bahnung einer selbstständigen Tätigkeit. Eine berufliche Rehabilitation kann in Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken durchgeführt werden. Arbeitgeber erhalten Zuschüsse für Ausbildung, Eingliederung – unter Auflagen.

Gemäß der Vorgaben der gesetzlichen Regelung haben Sie als Betroffene Anspruch auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – erworben durch die Pflichtbeiträge bei den jeweiligen staatlichen Monopolver sicherungen (Vorstellung beispielhafter Verläufe aus dem alltäglichen Ausbildungs- /Arbeitsleben).

- Allgayer** Hubert, Prof. Dr. med., Reha-Klinik ob der Tauber, Bismarckstr. 31, 97980 Bad Mergentheim
- Armbrecht** Ulrich, Dr. Dr., Marbachtalklinik, Dr.-Georg-Heim-Str. 4, 97688 Bad Kissingen
- Backes** Monika, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Abteilung Rehabilitationsgrundsätze und -einrichtungen, 40194 Düsseldorf
- Barth** Andreas, Dipl.-Psych., Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Postfach 10 07 63, 53445 Bad Neuenahr-Ahrweiler
- Barwich** Karin, Dipl. Oec. troph., Klinik Rosenberg, Hinter dem Rosenberge 1, 33014 Bad Driburg
- Bassenge** Dirk, Dr. med., Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Roderbirken 1, 42799 Leichlingen
- Berg** Gabriele, Juniorprofessorin, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld
- Birkenfeld** Frauke, Dipl.-Psych., Rehabilitationszentrum Bad Kissingen der Deutschen Rentenversicherung Bund, Saaleklinik, Postfach 2120, 97688 Bad Kissingen
- Bjarnason-Wehrens** Birna, PD Dr., Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln, Carl-Diem-Weg 6, 50933 Köln
- Brüggemann** Silke, Dr. med., Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften, 10704 Berlin
- Büchner** Cornelia, Dr. med., Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Abteilung Sozialmedizin, 40194 Düsseldorf
- Buschmann-Steinhage** Rolf, Dr., Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin
- Carstensen** Jörg, Dr. med., Medizinischer Dienst Nord, Beratungsstelle Flensburg, Plankemai 1, 24937 Flensburg
- Cuntz** Ulrich, Dr. med. Dipl. Psych., Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien/Chiemsee
- Damke** Boris, Dr. phil., Eifelklinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Mosenbergstr. 19, 54531 Manderscheid
- Derra** Claus, Dr. med. Dipl.-Psych., Reha-Zentrum Bad Mergentheim Klinik Taubertal, Ketterberg 2, 97980 Bad Mergentheim
- Dibbelt** Susanne, Dr. med., Verein für Rehabilitationsforschung Norderney e.V., Klinik Münsterland, Auf der Stöwwe 11, 49214 Bad Rothenfelde
- Dohle** Christian, Dr. med. M. Phil., St. Mauritius Therapiekl. Strümper Str. 111, 40670 Meerbusch
- Dopfer** Roland, Dr. med., Nachsorgeklinik Tannheim, Kinderonkologie/Mucoviszidose, Gemeindewaldstr. 75, 78052 Villingen-Schwenningen
- Doßmann** Rüdiger, Dr. med., Reha-Zentrum Bad Mergentheim der Deutschen Rentenversicherung Bund, Klinik Taubertal, Ketterberg 2, 97980 Bad Mergentheim
- Dragano** Nico, Dr., Universität Düsseldorf, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsstr. 1 Gebäude 23.02, 40225 Düsseldorf
- Ebbinghaus** Barbara, Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung NW, Postfach 10 01 04, 44701 Bochum
- Ernst** Gundula, Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych., Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Medizinische Psychologie, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
- Fiedler** Rolf G., Dr. rer. med., Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, des Universitätsklinikums Münster, Domagkstr. 22, 48149 Münster
- Filz** Hans-Peter, Dr. med., Eleonoren-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Hessen, 64678 Lindenfels-Winterkasten
- Fischer** Harald, Dr. med., Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Hinter dem Rosenberge 1, 33014 Bad Driburg
- Fischhold** Rudolf, Dipl.-Psych., Medizinische Klinik Passau, Kohlbruck 5, 94036 Passau
- Föller** Almut, Dr. med., Marienbader Str. 8, 61184 Karben
- Friedrichs** Christian, Dipl.-Psych., Aggertalklinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Am Sondersiefen 18, 51766 Engelskirchen
- Fröhlich** Stephanie M., Dipl.-Psych., Klinik Münsterland, Auf der Stöwwe 1, 49214 Bad Rothenfelde
- Gerdes** Nikolaus, Dr., Hochrhein-Institut, Bergseestr. 61, 79713 Bad Säckingen
- Gießler** Wolfgang, Dr. med., Mittelrheinklinik Bad Salzig der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Salzbornstr. 14, 56154 Boppard-Bad Salzig
- Grande** Gesine, Prof., Hochschule f. Technik, Wirtschaft und Kultur, Fachbereich Sozialwesen, Postfach 30 11 66, 04251 Leipzig

Greitemann Bernd, Prof. Dr., Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Auf der Stöwwe 11, 49214 Bad Rothenfelde

Haas Walter, Vorsitzender des Vorstands der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, 40194 Düsseldorf

Hautz Melanie, Dipl.-Psych., Institut für Sport und Sportwissenschaft, Bertoldstraße 31a, 79098 Freiburg

Hermanns Norbert, PD Dr. phil., Forschungsinstitut der Diabetes Akademie Mergentheim (FIDAM), Postfach 11 44, 97961 Bad Mergentheim

Heuer Jochen, IfR Norderney, Abteilung Sozialmedizin, Gartenstrasse 194, 48125 Münster

Hübner Peter, Dr. med., Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Postfach 10 07 63, 53445 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Huth Frauke, Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Postfach 10 07 63, 53445 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Jäckel Wilfried, Prof. Dr., Universitätsklinikum Freiburg, Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Breisacher Str. 62/Haus 4, 79106 Freiburg

Jolivet Bénédicte, Dr. med., Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Hinter dem Rosenberge 1, 33014 Bad Driburg

Kling Christiane, Klinik Hohenfreudenstadt, Lehrklinik für Ernährungsmedizin der DAEM, Tripsenweg 17, 72250 Freudenstadt

Kluthe Bertil, Dr. med., Klinik Hohenfreudenstadt, Tripsenweg 17, 72250 Freudenstadt

Knisel Werner, Dr. med., Rehabilitationszentrum Bad Kissingen der Deutschen Rentenversicherung Bund, Saaleklinik, Postfach 2120, 97688 Bad Kissingen

Kohlmeyer Martin, Dr. med., Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Roderbirken 1, 42799 Leichlingen

Körber Jürgen, Dr. med., Nahetalklinik, Burgweg 14, 55543 Bad Kreuznach

Korsukéwitz Christiane, Dr. med., Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Kowalski Heinz, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, Neumarkt 35-37, 50667 Köln

Kruse Johannes, PD Dr. med., Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf

Kulzer Bernd, Dr. Dipl.-Psych., Diabetes-Zentrum Bad Mergentheim, Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim

Küst Jutta, Dr. rer. med., Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Waldstr. 2-10, 53177 Bonn

Kuth Monika, Rahm Orthopädie- und Rehatechnik, Iltisweg 3, 53842 Troisdorf-Spich

Kutschmann Marcus, Dr. Dipl.-Stat., Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld

Lindow Berthold, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Lippke Sonia, Dr. phil., Freie Universität Berlin, Psychologie (PF10), Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

Meng Karin, Dr. mag., Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Marcusstr. 9-11, 97070 Würzburg

Morgenthaler Regine, Dipl.-Psych., Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Postfach 10 07 63, 534445 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Muthny Fritz A., Prof. Dr. Dr., Universitätsklinikum Münster UKM, Institut für Medizinische Psychologie, Von-Esmarch-Straße 52, 48129 Münster

Neumann Peter, Dr. med., DAK Fachklinik Haus Schwaben, Lothar-Daiker-Str. 17, 97980 Bad Mergentheim

Nord-Rüdiger Dietlinde, Dr., Eleonoren-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Hessen, 64678 Lindenfels-Winterkasten

Oser Bertil, Dr. med., Nierenzentrum des Kuratoriums für Dialyse Bernkastel-Kues, Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues

Oswald-Timmler Claudia, DCCV e.V., Paracelsusstraße 15, 51375 Leverkusen

Pföhler Jürgen, Dr., Landrat des Kreises Ahrweiler, Wilhelmstr. 24-30, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Poersch Marius, Dr. med., Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Walporzheimerstr. 2, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Pollmann Hartmut, Dr. med., Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Postfach 10 07 63, 53445 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Raspe Heiner, Prof. Dr. med. Dr. phil., Universität SH Campus Lübeck, Institut für Sozialmedizin, Beckergrube 43-47, 23552 Lübeck

Reichel Christoph, PD Dr. med., Reha-Zentrum Bad Brückenau, Klinik Hartwald, Schlüchternerstr. 4, 97769 Bad Brückenau

Reusch Andrea, Dipl.-Psych., Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Marcusstr. 9-11, 97070 Würzburg

Rinnert Kurt, Dr. med., Arbeitsmedizinischer Dienst der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft, Eulenbergstraße 13 - 21, 51065 Köln

Rosemeyer Dierk, Dr. med., Helmtrudisstr. 22, 33014 Bad Driburg

Schäfer Dieter, Arbeitskreis Sozialrecht der DCCV e.V., Im Herrental 60, 53489 Sinzig

Schmidt Elvira, Dipl.-Psychologin, Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Postfach 10 07 63, 53445 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Schott Thomas, Dr., Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld

Siegrist Johannes, Prof. Dr., Universität Düsseldorf, Institut für Sozialmedizin, Universitätsstr. 1 Gebäude 23.02, 40225 Düsseldorf

Spiekermann-Krämer Christa, Dr. med., Klinik Rosenberg Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Hinter dem Rosenberge 1, 33014 Bad Driburg

Stanger Harald, Institut und Schule für Podologie, Goethestraße 19, 49610 Quakenbrück

Streit Jürgen, Reha Zentrum Bad Brückenau der Deutschen Rentenversicherung Bund, Klinik Hartwald, Schlüchterner Str. 4, 97769 Bad Brückenau

Suffel Holger, Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Hinter dem Rosenberge 1, 33014 Bad Driburg

Tappe Hans-Ulrich, Dr., Bürgermeister der Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler, Hauptstr. 116, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Theißen Ulrich, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Abt. Rehabilitationsgrundsätze und -einrichtungen, 40194 Düsseldorf

Tittor Wolfgang, Prof. Dr. med., Reha-Zentrum Bad Mergentheim der Deutschen Rentenversicherung Bund, Klinik Taubertal, Ketterberg 2, 97980 Bad Mergentheim

Tuschhoff Thomas, Dipl.-Psych., Reha-Zentrum Bad Mergentheim der Deutschen Rentenversicherung Bund, Klinik Taubertal, Ketterberg 2, 97980 Bad Mergentheim

Vollmer-Lucke Birgit, Pfrimmer Nutricia GmbH, Außendienst, Am Weichselgarten 23, 91058 Erlangen

Weck Matthias, PD Dr. med., Klinik Bavaria Kreischa, An der Wolfsschlucht 1, 01731 Kreischa

Wild Burkhard, Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Postfach 10 07 63, 53445 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Wilking Peter, Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Abteilung für Rehabilitation, Gartenstr. 194, 48147 Münster

Woods Susan, Dipl.-Psych., Diabetes-Praxis Blankenese, Blankeneser Bahnhofstraße 52, 22587 Hamburg

Worringen Ulrike, Dr. phil., Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Rehabilitation, Dez. 8023, Spichernstraße 2, 10704 Berlin