

Reha zwischen Kostendruck und Patientenerwartung



**22. Jahrestagung
Bad Mergentheim**
26. bis 28. Juni 2014

Abstracts

Sozialmedizinische Bedeutung von Aggravation und Simulation

Original oder Fälschung? Aggravation – Simulation – somatoforme Störung: Spannungsfeld in der ärztlich-psychologischen Diagnostik, Therapie und Begutachtung

Dr. med. Bodo Liese, Berlin

Im Rahmen von Diagnostik, Behandlung oder Begutachtungen ist es vermutlich jedem bereits etwas Erfahrenem passiert: Es entsteht der Verdacht, dass der Patient bzw. Proband seine Beschwerden vortäuscht, einem etwas vormacht, kurz, dass er simuliert oder zumindest aggraviert. Von Experten werden andere in diesem Kontext auftauchende Fachbegriffe angeführt, die wie eine Simulation imponieren, jedoch andere Ursachen haben und einen Krankheitswert darstellen: Artificielle Störung, Dissoziation, Konversionsstörung, histrionische Persönlichkeitsstörung, somatoforme Störung oder auch das Münchhausen-Syndrom, das Ganser-Syndrom und Ähnliches.

Im Zuge von Rehabilitationsmaßnahmen kommt erschwerend hinzu, dass dem Arzt unter anderem die Doppelrolle von Behandler und Gutachter zugeschrieben wird. Dabei wird die sozialmedizinische Beurteilung oft durch das subjektive Krankheitserleben und die Interessenlage des jeweiligen Rehabilitanden erschwert. Hier gilt es, als Untersucher und Behandler im Rahmen des Möglichen objektiv zu bleiben, zumal die „Entlarvung“ eines Simulanten keine genuine ärztliche Aufgabe ist und das entstandene Misstrauen zu einer Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses beiträgt. Der Verdacht der Simulation entbindet Ärzte mitnichten von der Verpflichtung, sämtliche für die Diagnose und Behandlung notwendigen Befunde zu erheben. Neben objektiven Parametern (z.B. Labor, Bildgebung etc.) müssen auch die vom Patienten geklagten Beschwerden ernst genommen werden. Eine Simulation schließt eine Krankheit nicht aus.

Auf welche Weise können aber eine tatsächlich vorliegende Krankheit und eine Simulation voneinander unterschieden werden? Der Vortrag soll helfen dazu beizutragen, zwischen krankheitsbedingten unbewussten Besonderheiten der Symptomdarstellung durch den Patienten und im Gegensatz dazu willentlich gesteuerten Verhaltensweisen, die bewusst ein auf einen Vorteil ausgerichtetes Ziel verfolgen differenzieren zu können.

In diesem Rahmen sollen unter anderem die Begriffe Aggravation, Simulation sowie der diagnostisch-klassifikatorische Begriff der somatoformen Störung und andere themenspezifische Krankheitsentitäten kurz erläutert werden. Anhand von Beispielen sollen der Umgang mit dem Phänomen der Simulation dargestellt und die Schwierigkeiten bei der differentialdiagnostischen Abschätzung aufgezeigt werden.

Umgang mit medizinisch nicht begründeten Ernährungswünschen

Dr. med. Klaus Herrmann, Bad Kissingen

Klaus Herrmann berichtet über die teils kuriosen Ernährungswünsche von Patienten in einer Lehrklinik der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin mit den Behandlungsschwerpunkten Diabetes, Adipositas und Psychosomatik. Dabei werden Themen wie Nahrungsmittelunverträglichkeiten, zweifelhafte Allergiediagnostik sowie Außenseiterdiäten angesprochen und praktische Empfehlungen für den Umgang damit gegeben.

Suchen Sie schlagfertige Argumente in Telefonaten und Gesprächen mit Patienten? Möchten Sie sich eine Meinung bilden, wo die Grenze zwischen Lifestyle-Ernährung und „krankhaftem Gesundessen (Orthorexie)“ ist? Dann freuen Sie sich auf einen launigen Vortrag aus der klinischen Praxis.

Klaus Herrmann ist Internist und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Sein Berufsweg hat ihn aus dem Bereich der Gastroenterologie in die Psychosomatik geführt. Aktuell ist die Ernährungsmedizin einer seiner täglichen Arbeitsschwerpunkte. Er ist Mit-Autor des Handbuchs „Ernährungsmedizin in der Rehabilitation“, das im Dez. 2013 von der Deutschen Rentenversicherung Bund herausgegeben wurde. Für Nachfragen erreichen Sie ihn unter:

dr.med.klaus.herrmann@drv-bund.de
Dr. Klaus Herrmann
Oberarzt / stv. Ärztlicher Direktor
Reha-Zentrum Bad Kissingen
Kliniken Rhön und Saale
Pfaffstr. 10
97688 Bad Kissingen
Tel.: 0971-85 11 64
Mobil: 0151 - 11 50 97 84

Der Beitrag physiotherapeutischer Diagnostik zur sozialmedizinischen Beurteilung

Matthias Lutz, Bad Mergentheim

Nach einer Kurzvorstellung meiner Person möchte ich orientierend an den drei Indikationsfeldern unserer Reha-einrichtung durch Beispiele aus dem praktischen Alltag aufzeigen, welche Wege wir gehen, um Leistungswerte und Leistungsdefizite zu ermitteln, welches uns helfen kann, neue Therapieziele zu erkennen und zu beschreiben. Die Beispiele kommen aus dem Gebiet der orthopädischen Rehabilitation von Patienten mit Hüft- und Knieendoprothetik, aus dem Bereich der cardiologische Rehabilitation mit dem Schwerpunkt auf Selbsteinschätzung von Belastungsmomenten und einem dritten diagnostischen Bereich: Leistungsdiagnostik mittels Isokinetik. Neben dem reinen Ermitteln von Messparametern wie Muskelkraft, Ausdauer etc. kommt es uns auch darauf an, festzustellen, wie und in welchem Maße der Patient in der Lage ist, seine Belastung subjektiv einzuschätzen, damit er auch im Alltag ohne Geräte weiß, sich richtig belasten zu können. Ein weiteres Ziel ist es auch zu erfahren und für den Patient erlernbar zu machen, was es bedeutet, in einer Einzel- oder Gruppensituation, Leistung zu erbringen.

Fehlerquellen in der sozialmedizinischen Beurteilung – Beobachtungs- und Beurteilungsfehler

Dipl.-Psych. Dieter Schmucker, Bad Waldsee

Zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Probanden ist medizinisches und rechtliches Fachwissen, eine genaue Kenntnis der Arbeitsanforderungen in der jeweiligen Tätigkeit und eine genau Beobachtungs- und Beurteilungsfähigkeit erforderlich. Unkenntnis und Mängel in diesen Bereichen können zu einer falschen Beurteilung führen.

Wir alle vertrauen tagtäglich unserer Wahrnehmung und erleben die Welt durch unsere Sinne. Was wir sehen und hören halten wir für real, was wir nicht sehen und hören existiert für uns meist nicht.

Unser Gehirn filtert aktiv viele Reize aus unserer Wahrnehmung, vor allem solche, die für uns zum gegebenen Zeitpunkt irrelevant sind. Gleichzeitig ergänzt unser Gehirn unsere Wahrnehmungen, damit diese zu unseren Erfahrungen und Erwartungen passen. Durch Beispiele aus optischen Illusionen können diese Mechanismen sichtbar gemacht werden. Erfahrungen, Erwartungen, kulturelle Einflüsse, persönliche Werte und Vorurteile bestimmen mit, was wir sehen (wollen).

Jeder Mensch und jede Wahrnehmung unterliegt diesen Gesetzmäßigkeiten. Bei der Beurteilung von Verhaltensweisen blenden wir z.B. häufig den Einfluss der Situation aus. Dies kann zu einer Fehleinschätzung der Persönlichkeit führen, man spricht dann von dem fundamentalen Attributionsfehler. Als Halo-Effekt wird bezeichnet, wenn eine besonders herausragende Eigenschaft einer Person, alle anderen Merkmale überstrahlt. Vom Nimbus-Effekt spricht man, wenn von einem äußeren Merkmal auf innere Eigenschaften geschlossen wird. Attraktive Menschen werden dadurch häufig als intelligenter, erfolgreicher und kompetenter eingeschätzt.

Der Primacy- & Recency-Effekt beschreibt die Erfahrung, dass aus einer Serie von Informationen vor allem der erste und der letzte Eindruck im Gedächtnis bleibt. Die dazwischen liegenden Informationen werden eher nivelliert – ganz nach dem Motto: der erste Eindruck entscheidet.

Zusätzlich gibt es auch noch persönlichkeitsbezogene Beurteilungsfehler. Zur Beurteilung von Eigenschaften brauchen wir einen Vergleichsmaßstab, wozu sehr häufig die eigene Person genommen wird. Beispielsweise beurteilen wir das Lebensalter (jung, alt) von anderen Menschen immer vom Standpunkt unseres aktuellen Alters. Als „alt“ bezeichnen wir meist die Menschen, die älter als wir sind, unabhängig wie alt wir selbst sind. Von der Tendenz zur Milde spricht man dann, wenn der Beurteiler nicht zu hart erscheinen möchte. Wer hingegen sehr hohe Ansprüche an sich selbst hat, wird auch eher andere streng und hart beurteilen.

Die Kenntnis dieser allgemeinen Wahrnehmungs- und Beurteilungseffekte ist notwendig, damit sie bei der Beurteilung berücksichtigt werden können. So ist zum Beispiel die Nutzung von unterschiedlichen Datenquellen (Anamnese, Testverfahren, Zweitmeinungen, unterschiedliche Untersuchungszeitpunkte) zwingend für eine objektive Beurteilung notwendig. Eine weitere Möglichkeit ist die Schulung der Gutachter zur Verbesserung der Wahrnehmungs- und Beurteilungsfähigkeit. Ebenso ist fortlaufende Reflexion und Supervision hilfreich, um eigene Fehleinschätzungen zu erkennen und die Beurteilung an einen gemeinsamen Maßstab anzugleichen.

Schmerz in der gastroenterologischen Rehabilitation

Pharmakotherapie

Dr. med. Martin Krumbeck, Bad Mergentheim

Insbesondere zur Wahl der Koanalgetika ist die Differenzierung zwischen nozizeptivem (viszeralem oder parietalem), neuropathischem und psychosomatisch bedingten Schmerzen wichtig. Zudem ist die Zuordnung der Schmerzsymptomatik zu konkreten Körperstrukturen oft hilfreich (z.B. Abgrenzung von myofaszial bedingtem Schmerz vom Psoas zu Schmerzen bei Colitis).

Grundsätzlich wird das WHO Schema auch bei abdominellen Schmerzen angewandt. Besonderes Augenmerk ist dabei aber auf das Nebenwirkungsprofil der Substanzen und die enge Verknüpfung psychischer und somatischer Faktoren, gerade bei chronischen Bauchschmerzen zu achten.

Bei Diarrhoe und entsprechender Indikation haben sich insbesondere transdermale Applikationsformen von Opioiden bewährt. Dabei sind die Empfehlungen der LONTS-Leitlinie kritisch zu würdigen.

Bei Obstipation bestehen Einschränkungen bzgl. der Einnahme von Opioiden und Trizyklika, wobei es auch hier Präparate mit relativ günstigem Nebenwirkungsprofil wie Oxycodon plus Naloxon gibt.

Bei Leber- und Niereninsuffizienz sind ebenfalls einige Präparate geeigneter als andere (z.B. Hydromorphon als Opioid).

Bei Kapseldehnungsschmerzen, z.B. bei Lebertumoren, werden zusätzlich Kortikoide eingesetzt.

Zudem werden topische Behandlungsverfahren mit Lidocain Patch und Capsaicin 8%- Pflaster bei oberflächlichem neuropathischem Schmerz (z.B. Narbenschmerz) näher dargestellt.

Gerade bei abdominellen Schmerzen ist die Einbindung der Pharmakotherapie in ein multimodales Behandlungsetting wichtig.

Psychologische Schmerzbewältigung bei Bauchschmerzen

Dipl.-Psych. Leonidas Groneberg, M.Sc., Bad Mergentheim

Nach dem biopsychosozialen Schmerzmodell sind chronische Schmerzen ein komplexes Geschehen, wo körperliche, psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzen mitwirken. Besonders bei chronischen Schmerzsyndromen, bei denen der Bauchbereich betroffen ist, spielen psychosoziale Faktoren, die den Schmerz verursachen, auslösen oder einfach verstärken, eine bedeutende Rolle. Befürchtungen und Ängste, die durch Bauchschmerzen ausgelöst werden können, sowie begleitende katastrophisierende Gedanken können das Schmerzerleben moderieren bzw. verstärken. Die psychologische Bewältigung solcher Schmerzen besteht aus einem breiten Spektrum von Verfahren und Strategien.

Eine klassische Strategie ist die Aufmerksamkeitslenkung in Form von Imagination positiver Erlebnisse, Konzentration auf alternative Reize oder Anregung von Aktivitäten, die das Wohlbefinden fördern. Zu den imaginativen Verfahren gehören auch Phantasie Reisen, die als Ablenkung dienen und auch das Körpergefühl verändern. Atemübungen (wie z. B. kontrollierte Atmung in die Schmerzstelle) können auch wirksam sein. Positive Selbstinstruktionen nach den Regeln des positiven Denkens führen zu einer Selbstberuhigung und verhindern Schmerz-Aufschaukelungsprozesse.

Das Einsetzen von schmerzorientierten Hypnoseübungen, die auch vom Patient selbst durchgeführt werden können, führt in vielen Fällen zu einer Schmerzlinderung. Besonders Übungen, die an der Schmerzstelle ein neues Körpergefühl induzieren wie z. B. Wärme, die bei Bauchschmerzen oft als heilend wahrgenommen wird, sind hilfreich.

Achtsamkeitsbasierte Ansätze sind ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der psychologischen Schmerzbewältigung von Bauchschmerzen. Der Patient kann erlernen, schmerzverstärkende, psychische Prozesse (wie Erinnerungen, Gedanken, Gefühle, Impulse) zu erkennen und ggf. zu reduzieren. Unter den positiven Effekten von Achtsamkeit gehören die Beruhigung, die Förderung der Akzeptanz und die Verbesserung der Körperwahrnehmung.

Eine moderne Form der Verhaltenstherapie, die sog. Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT), kann dem

Patient helfen, seine Schmerzakzeptanz zu erhöhen und dadurch den Umgang mit seinen Schmerzen zu verbessern. Besonders bei Patienten, bei denen sich der Schmerz in den Mittelpunkt des Lebens geschlichen hat, kann dieses Verfahren vieles bewirken. Akzeptanz setzt Zeit und Energie frei und bewegt die Aufmerksamkeit weg vom Schmerz.

Bei vielen Patienten, die unter Bauchschmerzen leiden, sind die Gefühlswahrnehmung und der Gefühlsausdruck gestört. Mit einem Training emotionaler Kompetenzen und mit einer Fokussierung der therapeutischen Arbeit auf die emotionalen Bedürfnisse des Patienten kann auch der Schmerz beeinflusst werden.

Zu guter Letzt verbessern Entspannungsverfahren wie die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson und das Autogene Training das Körpergefühl und wirken gegen Mechanismen der Schmerzchronifizierung: schmerzverstärkende Gefühle verlieren an Bedeutung und die Muskulatur entspannt sich.

Die Beurteilung schmerzbedingter Teilhabestörungen

Dr. med. Claus Derra, Bad Mergentheim

Die AWMF-Leitlinie zur ärztliche Begutachtung von Patienten mit chronischen Schmerzen unterscheidet diagnostisch in Schmerzen als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung, bei psychischer Komorbidität und Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung. Die Beurteilung von Teilhabestörungen erfolgt daher durch unterschiedliche Fachärzte. Fachübergreifend gibt die International Classification of Functioning (ICF) heute die wesentliche Orientierung für individuelle Einschränkungen von Körperfunktionen, der Aktivitäten und der Partizipation bezogen auf die jeweiligen Kontextfaktoren (Umwelt und personbezogene Faktoren). Für die Beurteilung von Schmerzen aus psychiatrisch/psychosomatischer Sicht bietet sich für den Zusammenhang zwischen Funktions-, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen das Mini-ICF von Linden (2009) an. Hier wird ausgehend vom psychischen Befund ein Bild von Einschränkungen in den wesentlichen Fähigkeiten und beruflichen Rollenerwartungen entworfen. Oft erleben Schmerzpatienten ihre Einschränkungen wesentlich gravierender als der Gutachter und erwarten entsprechend unrealistisch entlastende Leistungen des sozialen Versorgungssystems. Die schwierigste Aufgabe bei der Beurteilung ist es daher, dem Patienten diese Diskrepanz zu kommunizieren. Hilfreich sind dabei heute mehr und mehr die fachspezifischen Beiträge durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter. Gutachter, die zum Beispiel in einem Reha-Team eine enge Kooperation mit diesen Berufsgruppen haben und denen ein entsprechender fachspezifischer Befund zur Verfügung steht, können bei der Besprechung mit dem Patienten viel leichter auf praktische Beispiele zurückgreifen.

Chronische Diarrhoe

Diagnostik und Therapie der chronischen Diarrhoe

Prof. Dr. med. Ahmed Madisch, Hannover

Die chronische Diarrhö ist ein häufiges gastrointestinales Symptom in der klinischen Praxis mit einem breiten Spektrum an möglichen Differentialdiagnosen. Unabhängig von möglichen organischen Komplikationen führt die chronische Diarrhö zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität. Eine chronische Diarrhö liegt vor, wenn die Stuhlfrequenz ≥ 3 (ungeformt bis wässrig) pro Tag liegt und die Symptomatik länger als 2 bis 4 Wochen besteht. Das Symptom Diarrhö ist ein pauschal symptombezogener Begriff und stellt keine pathophysiologische einheitliche Krankheitsentität dar.

Bei der chronischen Diarrhö ist eine gastroenterologische Basisdiagnostik häufig nicht zu umgehen. Sie umfasst die Ösophagogastroduodenoskopie mit Entnahme tiefer Dünndarmbiopsien (Zöliakie, M. Whipple u.a.) sowie eine hohe Koloskopie mit Stufenbiopsien auch bei unauffälligem endoskopischem Befund (mikroskopischen Kolitiden).

Sollte die Ursache der chronischen Diarrhö durch die o.g. Diagnostik nicht gefunden werden, muss in ausgewählten Fällen eine gastroenterologische Spezialdiagnostik angeschlossen werden, die auf die Erfassung der seltenen Ursachen der chronischen Diarrhö zielt. Hierbei dienen H_2 -Atemteste der Abklärung von Kohlenhydratmalabsorptionsstörungen sowie einer bakteriellen Überwucherung des Dünndarms auch bei nicht voroperierten Patienten. Die Bestimmung der 5-Hydroxyindolessigsäure im 24-h-Urin und des Chromogranin A, Gastrin und Kalzitonin im Serum erfolgt bei dem Verdacht einer endokrinen Ursache der chronischen Diarrhö. Der $^{75}SeHCAT$ -

Test kann für den Nachweis eines Gallensäuremalabsorptions-Syndrom hilfreich sein, in der klinischen Praxis ist jedoch auch ein Therapieversuch mit Cholestyramin gerechtfertigt

Die Therapie der chronischen Diarrhö sollte, sofern eine Diagnose gesichert wird, spezifisch erfolgen. Während der Diagnostikphase bei ausgeprägter Diarrhö bzw. bei fehlender Ursache der Diarrhö im Sinne der funktionellen Diarrhö, ist jedoch nicht selten eine symptomatische Therapie notwendig.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Ahmed Madisch
Medizinische Klinik I
Klinikum Region Hannover GmbH
Klinikum Siloah
Roesebeckstrasse 15
30449 Hannover
Tel. 0511-927 2231
Fax. 0511-927 2669
e-mail: ahmed.madisch@krh.eu

Bedeutung der symptomatischen Behandlung im therapeutischen Gesamtkonzept bei CED-Erkrankungen

Dr. med. Gero Steimann, Mölln

Im Rahmen eines Forschungsvorhabens mit dem sozialmedizinischen Institut der Uni Lübeck über „komplexe Problemlagen von Patienten mit CED im rehabilitativen Versorgungssektor“ ergibt sich die Möglichkeit, CED-Rehabilitanden zu erfassen und deren medizinische Versorgungslage zu beschreiben.

Patienten mit CED-Diagnose sind chronisch Kranke, die oft gleichzeitig mit mehreren Problemen konfrontiert sind: Zusätzlich zu den spezifischen Symptomen, wie Bauchschmerzen, Durchfälle, imperativer Stuhldrang treten im Verlauf der Erkrankung verschiedenste körperliche, psychische und soziale Probleme auf, die einer komplexen Versorgung bedürfen. Im Jahr 2010 entfielen 3.826 stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Bundesgebiet auf MC oder CU als erste Diagnose.

Die Studie vergleicht Reha-CED-Patienten mit Betroffenen im ambulanten Versorgungssektor sowie mit einem Krankenkassen-Kollektiv und stellt sich folgende Fragen:

- Welche somatischen, psychischen und sozialen Problemfelder berichten Teilnehmer zu Beginn der stationären Reha? Welche Unterschiede gibt es zum Profil von Nichtrehabilitanden?
- Ist Reha-Erfolg abhängig von der Vielfalt der Problemlast?
- Welche Reha-Ziele werden verfolgt?
- Welche soziodemograph. und krankheitsspezif. Merkmale kennzeichnen CED-Rehabilitanden?
- Welche Änderungen (Vergleich Reha-Beginn und 6 Monatskatamnese) werden in der erlebten Einschränkung der sozialen Teilhabe sowie in der Problemlast beobachtet?

Bei der Studie handelt es sich um eine Längsschnitterfassung in der Klinik Föhrenkamp mit 2 Messzeitpunkten (Reha-Anfang, 6 Monate post). Zielgrößen sind Einschränkungen der sozialen Teilhabe (IMET) und Lebensqualitätsparameter (EQ-VAS). Im Zeitraum von 6 Monaten wurden 250 Rehabilitanden rekrutiert. AHB-Patienten wurden ausgeschlossen. Zum Einsatz kam ein 14-seitiger Fragebogen. Das Komponentenmodell des Fragebogens orientiert sich an der ICF der WHO und erfasst neben Angaben zu soziodemographischen Merkmalen, zur aktuellen Medikation auch die Funktionsfähigkeiten und die Inanspruchnahme von Behandlungs- und Beratungsangeboten, insgesamt 22 Problemfelder. Gleichzeitig wird in einer ärztlichen Basisdokumentation Laborparameter und Medikamente erfasst.

Die Hypothese lautet: Auf Grund der Komplexität des Problemprofils stellen sich CED-Rehabilitanden stärker belastet dar als Vergleichsgruppen. Die Gelegenheit dieser Studie wird genutzt, die medizinische und medikamentöse Versorgung zu dokumentieren und Effekte von Reha-Arbeit darzustellen, sowie Entzündungsparameter und Beschwerdesymptomatik mit Instrumenten der sozialen Teilhabe (IMET) und Lebensqualitätsparameter (EQ-VAS) zu korrelieren.

CED-Reha-Patienten weisen im Vergleich zu den Kontrollen fast doppelt so häufig ständig aktive oder zunehmend aktive Krankheitsverläufe auf (38 vs. 21 %), fühlen sich in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EC-5D VAS) signifikant schlechter und in ihrer sozialen Teilhabe mehr eingeschränkt (IMETscore). Beim Screening bezüglich Anzahl aktiver Problemfelder werden mehr relevante Themen benannt als in den Vergleichsgruppen (5 vs. 3).

Die medikamentöse Versorgungssituation sieht so aus, dass bereits 58% Immunsuppressiva kennengelernt haben, derzeit aber nur 26,4 % erhalten, TNF- α -Blocker wurden schon bei 28,8% eingesetzt, aktuell nehmen es 17,2 %. Andererseits gibt es unter den Rehabilitanden fast 10%, die keinerlei antiinflammatorischer Behandlung bedürfen, fast 10% haben noch nie Steroide erhalten. Über 50% werden mit Mesalazinen versorgt.

Gegenüber der Versorgung mit anti-entzündlichen Therapeutika weisen Rehabilitanden Defizite bei symptomlindernden Medikamenten auf, Patienten haben während der Reha die Gelegenheit günstige Effekte solcher Präparate zu erfahren, können selbst hilfreiche Dosierungen für sich ermitteln. Patienten lernen, Motilitätssenker einzunehmen (Versorgung bei Entlassung 14,4 % vs. 7,9 % bei Aufnahme), den Stuhlgang zu regulieren mit Flohsamenschalen (17,6 % vs 2,4%) oder chologene Diarrhoen zu bekämpfen (10,8% vs. 2%).

Therapie sollte sich nicht auf Anti-Inflammation beschränken. Behandlung von Symptomen und Folgeerkrankungen ist für Patienten von zentraler Bedeutung. Lindernde Maßnahmen sind für Patienten in der Reha direkt erfahrbar. Im Sinne partizipativer Entscheidungsfindung kann der Patient selbstbestimmend wirken. Dies setzt moderne Edukation mit Unterstützung der Selbstwirksamkeit voraus.

Freie Vorträge

Psycho-soziale Aspekte bei Diabetes mellitus – Ergebnisse der Dawn-Studie

PD Dr. Bernd Kulzer, Bad Mergentheim

Die Dawn 2 Studie (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2) ist die weltweit größte Studie zu psycho-sozialen Aspekten in der Behandlung von Menschen mit Diabetes (n= 15.438). Sie ist eine Erweiterung der DAWN-Studie von 2001 und befragt betroffene Patienten, ihre Familienangehörigen und die Behandler.

- Personen mit Diabetes: In Deutschland nahmen 502 Menschen mit Diabetes (MmD), stratifiziert nach Diabetestyp und Behandlung teil: 80 Typ 1 Diabetes (MmT1D), 422 Typ 2 Diabetes (MmT2D). Als Erhebungsinstrumente dienten u.a. validierte Fragebogen zu diabetesbezogenen Belastungen (PAID 5), zum Wohlbefinden (WHO 5) und der Lebensqualität (EQ-5-VAS, Health Utility Index). Ein hoher Anteil von MmT1D (48%) im Vergleich zu MmT2D (23,5%) berichteten über erhöhte diabetesbezogene Belastungen. Ein deutlich reduziertes Wohlbefinden, welches das Vorliegen einer Depression wahrscheinlich macht, lag bei 13% der MmT2D und bei 9% der MmT1D vor. Im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes berichten ca. doppelt so viele MmD über ein deutlich reduziertes Wohlbefinden. MmD, die über eine eingeschränkte Lebensqualität (LQ) berichteten, hatten signifikant mehr körperliche und psychische Begleiterkrankungen, welche bei MmD wesentliche Prädiktor-Variablen für eine schlechte LQ sind. Deutlich mehr MmT1D als MmT2D fühlten sich durch den Diabetes in ihren Freizeitaktivität(46% vs.38%), bei der Arbeit oder dem Studium (34% vs. 22%) beeinträchtigt. Aufgrund der Diabeteserkrankung fanden sich 23% aller MmT1D und 9% aller MmT2D diskriminiert.
- Angehörige: In der DAWN2™ wurden erstmals auch die Auswirkungen des Diabetes auf das familiäre Umfeld systematisch untersucht. 120 Angehörige von Menschen mit Diabetes (AMmD) wurden nach Belastungen im Zusammenhang mit der Diabeteserkrankung ihres Angehörigen befragt. 37% der Angehörigen von insulinbehandelten Menschen mit Diabetes (MmD) sowie 33% der Angehörigen von nicht-insulinbehandelten MmD fühlten sich durch den Diabetes stark belastet (PAID), vor allem bezüglich des psychischen Wohlbefindens (38% vs. 38%), der Freizeitaktivitäten (34% vs. 17%) und der finanziellen Situation (22% vs. 23%). Ein deutlich reduziertes Wohlbefinden (WHO-5), welches das Vorliegen einer Depression wahrscheinlich macht, fand sich bei 13% bzw. 12% der AMmD. Der Anteil der AMmD mit reduziertem Wohlbefinden war ähnlich hoch wie bei MmD und damit signifikant höher als bei Menschen ohne Diabetes. Die Sorge vor Unterzuckerungen (65% vs. 60%) und Gewichtszunahme (56% vs. 58%) stellten die größte Belastung dar. 40% der Angehörigen insulinbehandelter MmD und 33% der Angehörigen nichtinsulinbehandelter MmD möchten ihre Unterstützung bei der Diabetesversorgung verstärken. AMmD werden von MmD als die wichtigste Quelle sozialer Unterstützung bei Diabetes angesehen.
- Behandler: Zusätzlich antworteten 280 Behandler (Hausärzte n=120, Fachärzte =80, Diabetesberaterinnen/Diätassistenten (DB) =80). Signifikant mehr Fachärzte (64%) und Diabetesberater/innen (56%) als Hausärzte

(37%) geben an, MmD immer oder oft nach den Auswirkungen des Diabetes auf ihr Leben zu fragen: Nur 25% der MmT1D und 13% der MmT2D bejahen dies. Signifikant mehr Diabetesberater/innen als Hausärzte oder Fachärzte ermutigen den Patienten, gezielt Fragen zu stellen, MmD schätzen den Anteil deutlich geringer ein. Für 90% der Diabetesberater/Innen, 84% der Fach-ärzte und 82% der Hausärzte stellt die Prävention des Diabetes die wichtigste Aufgabe und Herausforderung für die Zukunft dar. Auch bessere Strategien für den Umgang mit psychologischen Problemen der MmD (68% vs. 55% vs. 35%), zur Motivation und Unterstützung langfristiger Änderungen des Lebensstils (54% vs. 55% vs. 45%), der Verbesserung des Selbstmanagements (53% vs. 42% vs. 46%), einem besseren Zugang zu Psychologen/Psychiatern (68% vs. 48% vs. 41%), besseren Vergütungsformen (k.A. vs. 68% vs. 56%), einer besseren Wahrnehmung des Diabetes in der Öffentlichkeit (64% vs. 60% vs. 58%), sowie der Verfügbarkeit von mehr qualifizierten Diabetesberatern (55. vs. 58% vs. 43%) werden von den Behandlern als bedeutsame Felder für eine Verbesserung der Diabetesversorgung erachtet.

Die Ergebnisse der DAWN2™ Studie zeigen, dass diabetesbezogene Belastungen bei MmD in Deutschland relativ häufig sind. Eine reduzierte LQ und ein deutlich erhöhtes Risiko für Depressionen sind mit Diabetes assoziiert. Überraschend viele MmD fühlen sich aufgrund ihrer Erkrankung diskriminiert. AMmD sind für die soziale Unterstützung von MmD sehr wichtig. Sie sind fast in einem ähnlichen Ausmaß wie MmD durch den Diabetes belastet. Behandler wünschen sich vor allem bessere Strategien für den Umgang mit psychologischen Problemen der MmD sowie zur besseren Motivation und Unterstützung langfristiger Änderungen des Lebensstils. DAWN zeigt insgesamt, dass die psychosozialen Belastungen des Diabetes erheblich sind und mehr als bisher in der Therapie des Diabetes berücksichtigt werden müssen.

Schlüsselbeinfrakturen – PSC und Osteoporose/Osteomalazie

Dr. med. Gero Steimann, Mölln

„Patienten mit einer längerfristigen erhöhten Cortison-Erfordernis, aber auch Patienten mit einem sekundär erhöhten Hyperparathyreoidismus und längerstreckig resezierten Dünndarmabschnitten sollen einer Densitometrie zugeführt werden.“ (S3-Leitlinie Behandlung Morbus Crohn: Kommentar Statement 10.5). Aber auch chronische Lebererkrankungen bergen ein erhöhtes Risiko für Vitamin-D- Resorptionsstörungen und Folgeerkrankungen, bekannt durch empirische Überlegungen, spezielle epidemiologische Daten wären wünschenswert.

Bei dem vorzustellenden Patient handelt es sich um einen 42 Jahre alten Mann, bei dem bereits mit 21 Jahren eine PSC diagnostiziert wurde. Die LTX-Evaluation erfolgte 1997. Zur Transplantation kam es 1999, kurz danach zur ReLTX 99 bei primärem Transplantat-Versagen, die übliche Immunsuppression führte zu einem „Post-Transplantation“-Diabetes und einer Niereninsuffizienz. Es folgte deshalb 2002 die Umstellung auf eine Calcineurin-Antagonist-freie Immunsuppression. Es wurden seit etwa 2007 rezidivierende Cholangitiden beschrieben, nie eine Colitis ulcerosa, wohl aber eine Sakroileitis 2007. In diesem Jahr ereignete sich eine Mittelfußfraktur 2007 ohne adäquates Trauma, dies führte zur Diagnose einer Osteoporose. Es begann eine 3-jährige Biphosphonat-Therapie 2007. 2011 musste die Ineffektivität dieser Therapie festgestellt werden, nun wird eine Strontium-Therapie geplant. 2 Monate vor der Reha (beim Aufsetzen eines Rucksackes) kam es zur Fraktur der linken Clavicula, 2 Tage vor der Reha zur Fraktur des rechten Schlüsselbeines.

Bei der Reha wird bei massiv veränderten Laborparametern eine erhebliche Osteomalazie festgestellt auf Grund eines ineffektiven Vitamin D Stoffwechsels. Die bisherige Vitamin-D3-Substitution war insuffizient. Es ist die Gabe hochaktiver Vitamin-D-Metabolite erforderlich unter engem Monitoring von Laborparametern wie Ca, AP, (Ostase), Parathormon, 1,25-(OH)²-Vit D³ und 25-OH-Vit D³, sowie Osteodensitometrien.

Während der Reha erfolgt die Frakturdiagnose, die fachorthopädische Behandlung mit Gilchristverband, entsprechendes physiotherapeutisches Training, labormedizinische Diagnostik zum Monitoring wichtiger Laborparameter bis hin zur Therapietitrierung, die medikamentöse Therapie und insbesondere eine individuelle Schulung und Stärkung, das über das Fachwissen von Spezialambulanzen hin-ausgeht, um in Zukunft eine Unabhängigkeit vor Fehleinschätzungen zu erreichen. Außerdem muss die weiterbetreuende Ambulanz persönlich informiert und inhaltlich überzeugt werden.

Eine reine Biphosphonat-Therapie ist ohne gleichzeitige Behandlung der Osteomalazie (Ausgleich des Vitamin-D-Haushaltes) teuer und wirkungslos. Kostbare Jahre gehen verloren. Rechtzeitige Früherkennung ist erforderlich, ebenso wie eine suffiziente Behandlung.

Wie kann es zu dieser fehlerhaften Einschätzung kommen, trotz Betreuung in einer Ambulanz der absoluten Maximalversorgung? Hat der Patient nur Pech gehabt? Oder wo ist möglicherweise das strukturelle Problem in unserem Gesundheitswesen, das zu dieser Fehlbeurteilung geführt hat?

Komplexe Krankheitsbilder brauchen eine „ganzheitliche“ internistische Betrachtungsweise. Selbst Spezialambulanzen scheinen heutzutage damit überfordert zu sein, zur Mitbeurteilung herangezogenen Spezialisten wiederum fehlt die fachübergreifende internistische Expertise.

Spezialisierte Reha-Einrichtungen könnten dieser Aufgabe mit entsprechenden Fach-Expertise nachkommen, müssen aber auch entsprechend ausgestattet sein, um diese diagnostische Aufgaben zu erfüllen.

Bei folgenden gefährdeten Patienten sollten Densitometrien durchgeführt werden:

- PSC, aber auch sekundär sklerosierende Cholangitis,
- wie bei biliodigestiven Anastomosen,
- autoimmune Gallenwegs- und Lebererkrankungen
- Z.n. LTX
- Z.n. bariatrischen Operationen
- Kurzdarmsyndrompatienten

Dies steht im Widerspruch zum § 17 der Röntgenschutzverordnung und der DVO Leitlinie von 2009. Das Standardverfahren Dual-X-Ray-Absorption (DXA) zur Osteodensitometrie ist nur erlaubt bei vorliegender rechtfertigender Indikation!

Defizite in der Indikationsliste lassen sich durch mangelnde Vernetzung der Osteologen mit den Gastroenterologen erklären. Diese Krankheitsbilder sind selten, deshalb sind epidemiologische Daten wohl dürftig, umso mehr bedürfen diese Patienten angemessene Diagnostik (und Therapie).

Die Leitlinie Osteodensitometrie und die Liste der rechtfertigenden Indikationen befindet sich in Überarbeitung, so dass die am 18.09.2009 veröffentlichte „alte“ Indikationsliste bis zum 31.12.2014 Gültigkeit haben wird. Es soll die Möglichkeit bestehen, sich über ein Online-Diskussionsforum an der Überarbeitung der DVO-Leitlinie und der Indikationsliste zu beteiligen und einzubringen.

Funktionelle Störungen in der gastroenterologischen Rehabilitation

Funktionelle Störungen in der Gastroenterologie

Dr. med. Claus Derra, Bad Mergentheim

Als funktionelle Beschwerden oder Syndrome bezeichnet man eine Gruppe von Gesundheitsstörungen, bei denen verschiedene, in Charakter und Intensität wechselnde, nicht auf anatomische Organveränderungen beruhende Symptome das Befinden dauernd oder zeitweilig beeinträchtigen. Insgesamt sind die Beschwerdebilder oft sehr komplex und schwer abgrenzbar. Nach Schmerzen des Bewegungsapparates und Kopfschmerzen nehmen Ober- und Unterbauchbeschwerden in der Prävalenz bei der erwachsenen Allgemeinbevölkerung die dritte Stelle ein. Je nach Ausmaß der bio-psycho-sozialen Ursachenfaktoren erfolgt die Diagnostik im somatischen ICD-Kapitel, als psychosomatische Komorbidität oder somatoforme Störung. Hier besteht zumeist auch eine Abhängigkeit vom jeweiligen bio-psycho-sozialen Weltbild des Arztes. Für die Gastroenterologie entwickelten Drossmann et al. (1994) entsprechend grundsätzliche Parameter zum Erreichen einer positiven Arzt-Patientenbeziehung und stellten die Bedeutung der Beziehung für Behandlung und Prognose heraus. Nach gestellter Diagnose führt den Patienten oft die Exacerbation von Beschwerden in die ärztliche Sprechstunde. Der differenzierten Anamneseerhebung kommt hier eine besondere Bedeutung zu (Deter 2004). Welche Faktoren (diätetische Umstellung, zusätzliche körperliche Erkrankungen, neu aufgetretene Nebenwirkungen eingenommener Medikamente, besondere psychosoziale Belastungen, Lebensereignisse etc.) können identifiziert werden? Insbesondere psychische Komorbiditäten wie Angst und Depression oder verschwiegener Laxantienmissbrauch sollten empathisch in die Diagnostik einbezogen werden.

Bauchhypnose bei Reizdarmsyndrom

PD Dr. med. Winfried Häuser, Saarbrücken

Reizmagen und -darm sind häufige Beschwerdebilder bei Hausärzten und Gastroenterologen sowie bei Patienten mit Angststörungen und somatoformen Störungen bei Psychotherapeuten. Die Magen-Darmbeschwerden sind mit Medikamenten oder klassischen psychotherapeutischen Verfahren oft schlecht beeinflussbar. Mit der von Prof. Peter Whorwell (Manchester, Großbritannien) entwickelten Bauchhypnose (gut directed hypnosis) liegt eine wirksame Technik vor, welche auch bei Betroffenen wirksam ist, die auf eine medikamentöse Therapie nicht ansprechen. Die Suggestionen gelten (überwiegend) dem Gastrointestinaltrakt. Die hypnotherapeutische Exploration und Behandlung unbewusster Konflikte wird in dem Behandlungsprotokoll explizit ausgeschlossen. Vor Beginn der hypnotherapeutischen Behandlung wird den Patienten ein einfaches Modell des RDS im Sinne einer gestörten Motilität und veränderten viszeralen Sensitivität vermittelt sowie Informationen über die Physiologie der Darmmuskulatur gegeben. Alle Sitzungen beginnen mit dem Besprechen des Symptomtagebuches, der Fortschritte sowie Besprechen der Fragen des Patienten. Der Patient wird darauf hingewiesen, dass eine Symptomreduktion in der Regel nach 3-wöchigem Üben erfolgt. In den Studien wurden 7 (bis maximal 12) Sitzungen zu 30 bis 60 Minuten über 3 Monate mit abnehmender Häufigkeit durchgeführt. Die Bauchhypnose kann im Einzel- und Gruppensetting eingesetzt werden.

In dem Vortrag werde ich auf praktische Aspekte der

- Einsichtsvermittlung in das Vorliegen eines Reizdarmsyndroms: Gespräch, Broschüren, Videos und Internet: „Schmetterlinge im Bauch“
- Überweisung und Motivation zur Bauchhypnose
- Vorbereitung auf die Bauchhypnose: Wachsuggestionen
- Technik der Bauchhypnose

eingehen. Weiterhin werde ich Möglichkeiten der Kombination mit medikamentöser Behandlung und mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Techniken bei psychischer Komorbidität darstellen.

Abschließend werde ich die Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit mit Metaanalyse der randomisierten kontrollierten Studien beim RDS darstellen. Bauchhypnose ist eine kurz- und lang-fristig wirksame Methode bei vielen Patienten mit einem „therapierefraktären“ RDS.

Somatisches versus psychotherapeutisches Vorgehen bei Verdacht auf Reizdarm

Dr. med. Michael Scholz, Bad Mergentheim

In der Mergentheimer Reizdarm-Gruppe versuchen wir neben dem ursprünglich meist somatomedizinisch geprägten Krankheitsmodell unserer Patienten ein tiefenpsychologisches einzuführen. Eine Betrachtung der Unterschiede im Gebrauch der grundlegenden Krankheitsbegriffe macht deutlich, dass wir nicht nur aus Gewohnheit auf somatomedizinisches Denken zurückgreifen, sondern weil die dem somatischen Modell eigene klare Strukturierung unserem Denken entgegenkommt.

An komplexen Kasuistiken soll gezeigt werden, dass das somatische Krankheitsmodell zur Beschreibung der psychischen Realität wenig geeignet ist. Die beiden Modelle dürfen aber durchaus nebeneinander bestehen.

Zur Beschreibung der Phänomene der Somatisierungsstörung am Beispiel des Reizdarms greife ich auf Freuds Konzept der Aktualneurose zurück, das von Lacanianern mit Erfolg in diesem Störungsbereich angewendet wurde. Damit schließe ich mich einer grundlegenden Kritik an den heute verpflichtenden Klassifizierungssystemen im psychotherapeutischen Bereich an.

Zusammenfassung der Begriffserläuterungen:

Das **Symptom** verweist nach **somatischem** Verständnis auf eine zugrunde liegende Erkrankung des Patienten. Er allein wird betrachtet. Die Symptome lassen sich abfragen nach Checklisten pathologischer Erscheinungen und bilden abschließend ein objektives generelles Syndrom, dessen Verständnis auf einem ätiologischen Modell basiert und eine klare Abgrenzung zwischen Krankheit und Gesundheit erlaubt.

Im **psychotherapeutischen** Verständnis können letztlich alle Erscheinungen **Symptomwert** haben. Die Symptome erhalten ihre Bedeutung erst aus Interaktionen des Patienten mit anderen. Hier macht es keinen Sinn, den Patienten isoliert zu betrachten. Das Symptom ist ein ganz individueller Selbstheilungsversuch des Patienten. Für jeden Einzelfall entwickelt die tiefenpsychologisch orientierte Diagnostik ein eigenes psychodynamisches Modell. Die Grenzen zwischen Normalität und Krankheit sind fließend.

Die **Diagnose**: In der **Somatik** gehen wir vom Spezifischen, dem Symptom, aus, um zum Allgemeinverbindlichen, der Diagnose, zu kommen.

Umgekehrt wird in der **Psychotherapie** ausgehend vom Unspezifischen, dem Beschwerdebild, das Besondere und damit die individuelle Psychodynamik und Störung, erarbeitet.

Die **Therapie**: In der **somatischen** Medizin lässt sich die **Therapie** vom diagnostischen Prozess abtrennen. Sie kann nahtlos vom nächsten Therapeuten nach Leitlinien eingesetzt werden. Ziel ist die Wiederherstellung von Gesundheit. Der Patient legt die Verantwortung vertrauensvoll in die Hände des Spezialisten.

Mit jedem neuen **Psychotherapeuten** setzt eine neue Therapie ein. Der Konsens über ein Therapieziel ist mit dem Patienten oft erst nach eingehender Psychotherapie zu erzielen. Der Patient will zunächst bei unveränderter Struktur lediglich eine Befreiung vom Symptom. Der Psychotherapeut weiß, dass sich bald ein alternatives Symptom einstellen würde, und bietet eine den Patienten herausfordernde Strukturveränderung an. Hier ist es der Patient, der arbeiten soll.

Grundlegende Literatur:

Freud, S.: Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen (1898); GW I, 489-516

Workshop 1: Techniken der Gesprächsführung

Dipl.-Psych. Kerstin Dreger, Weinsberg

Wir befinden uns ständig in Kommunikation mit unseren Mitmenschen. „Man kann nicht nicht kommunizieren.“ So formulierte es der bekannte Psychotherapeut, Kommunikationswissenschaftler und Autor Paul Watzlawick. Tatsächlich kommunizieren wir fortwährend – verbal oder non-verbal, bewusst oder unbewusst. Durch unsere Kommunikation nehmen wir Kontakt zu unseren Mitmenschen auf, nehmen Einfluss auf sie und werden selbst beeinflusst.

Wie wir unsere Kommunikation anhand von verschiedenen Gesprächstechniken positiv und zielführend gestalten können, wird Thema dieses Workshops sein. Wir werden uns zunächst mit den theoretischen Grundlagen der Kommunikation beschäftigen und uns dann mit verschiedenen Gesprächstechniken auseinandersetzen. Wir werden lernen und im Rollenspiel üben,

- aktiv zuzuhören, Aufmerksamkeit zu vermitteln, Gesprächsinhalte zu paraphrasieren und zusammenzufassen,
- verschiedene Fragetechniken zu unterscheiden und gezielt einzusetzen,
- mit Widerständen und peinlichen Themen umzugehen
- und im Gespräch zu motivieren.

Ein Workshop profitiert von der aktiven Mitarbeit aller Beteiligten. Gemeinsam werden wir daher thematische Schwerpunkte setzen, um auf die Anliegen der Workshop-Teilnehmer (z.B. bezüglich eigener Erfahrungen mit schwierigen Gesprächssituationen) möglichst gezielt eingehen zu können.

Workshop 2: Berufsgruppenspezifische MBOR-Angebote

Diabetes-Beratung: Insulintherapie und Berufstätigkeit

Marion Peters, Bad Driburg

Die Insulintherapie bei einem Typ 1 oder Typ 2 Diabetes hat oft Einfluss auf die Berufstätigkeit. Es gibt häufig eine Vielzahl von Problemen und Belastungen im beruflichen Alltag, die hier aufgezeigt werden sollen. Bei der MBOR handelt es sich um eine Leistung, die auf spezifische Probleme in der Arbeitswelt eingeht.

Blutzuckerschwankungen, wie z.B. bei Über- und Unterzuckerungen, beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit und stellen eine Gefährdung dar und erschweren dadurch oftmals den Tagesablauf.

Während des Rehabilitationsaufenthaltes können wir uns diesen individuellen, physischen und psychischen Schwierigkeiten annehmen. Die zahlreichen theoretischen und praktischen Seminare, in Gruppen oder auch in Einzelstunden sollen helfen, die Anforderungen des Arbeitsplatzes zu bewältigen.

Bei Visiten und Teambesprechungen werden individuelle Therapieziele erfasst und besprochen. Ziel ist es, die Lebensqualität im beruflichen Alltag zu erhalten oder wenn möglich, wieder herzustellen. Dabei ist es wichtig, mit dem ganzen interdisziplinären Team nach Lösungen zu suchen und damit einen gangbaren Weg in den weiteren Berufsalltag zu ermöglichen.

Berufstätig mit Stoma – Möglichkeiten und Grenzen

Eva Schloßmacher, Bad Driburg

Der berufstätige Stomaträger wird in der Rehabilitation individuell betreut, die Grundkrankheit ist richtungsweisend. Da ist z.B. der Stomaträger mit einer Tumorerkrankung, dieser befindet sich möglicherweise noch in einer Chemotherapie. Der CED-Betroffene, der entweder eine permanente Stomaanlage hat oder auf den Pouchanschluss wartet. Zum anderen kann eine Stomaanlage nach Divertikulitis zeitlich begrenzt und der Betroffene bis zur Rückverlagerung arbeitsunfähig sein. So unterschiedlich wie die Grunderkrankungen, so unterschiedlich sind die beruflichen Gegebenheiten, die Möglichkeiten bieten oder Grenzen aufzeigen. Es gilt, die persönliche Situation des Betroffenen zu sehen und ihn entsprechend zu beraten. Das Ziel muss eine sichere, optimale Versorgung sein, entweder mit einem Stomabeutel oder der Irrigation. Denn nur so wird ein Wiedereinstieg in den Beruf für den Stomaträger überhaupt denkbar. Im multidisziplinären Team wird mit dem Betroffenen nach der besten Lösung gesucht. Außerdem wird die Versorgung über die Rehabilitation hinaus sichergestellt und Kontakt bzw. Informationen zur Selbsthilfe vermittelt.

Auf Grund neuer OP-Techniken haben sich die Stomatherapie und ihre Aufgaben in der Beratung verändert. Durch immer tiefere Anastomosen und Schließmuskelerhalt ist die Zahl der permanent angelegten Stomata zurückgegangen. Nach Stomarückverlagerung zeigt sich häufig ein komplexes Bild von Funktionseinschränkungen, das anteriore Resektionssyndrom. Die Zahl der Beratungen in diesem Bereich steigt. Ebenso die Anleitungen zur zeitnahen kontrollierten Stuhlentleerung wie z.B. die anale Irrigation.

Sozialrechtliche Vorträge über Schwerbehinderung, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsminderungs- und vorzeitige Altersrente

Herbert Schlerf, Bad Mergentheim

1. Vortrag „Arbeitsunfähigkeit“

- Anspruch auf Entgeltfortzahlung
- Anspruch auf Krankengeld
- Anspruch auf Übergangsgeld bei Reha
- Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung nach der Reha
- Entscheidungskompetenz der Reha-Klinik

2. Vortrag „Rente“

- Erwerbsminderungsrente
 - Volle Erwerbsminderungsrente/Teilerwerbsminderungsrente
 - Medizinische Voraussetzungen
 - Versicherungsrechtliche Voraussetzungen
 - Begriff Erwerbsminderungsrente
 - Berechnung
 - Hinzuverdienst
- Vorzeitige Altersrente für schwerbehinderte Menschen
 - Voraussetzungen:
 - Wartezeit
 - Alter
 - Schwerbehinderung
 - Abschlag
 - Ausnahmen
 - Vertrauensschutz
 - Auswirkungen der „Rente mit 67“
- Entscheidungskompetenz der Reha-Klinik

3. Vortrag „Schwerbehindertenrecht“

- Gesetzliche Grundlagen
 - Definition
- Behinderung/Schwerbehinderung
- Gleichstellung
 - Feststellung/Antragsverfahren
 - Ausweis/Merkzeichen
 - Antragsformulare
 - Kompetenz der Reha-Klinik
 - Vortrag „Schwerbehindertenrecht“
- Nachteilsausgleiche
 - Steuerrecht
 - Arbeitsrecht
 - Rentenrecht
 - Einzelerleichterungen
- Zugang der Patienten
 - Automatische Termineinplanung für ALLE Patienten zu den Vorträgen „Arbeitsunfähigkeit“ und „Rente“
 - Offener Vortrag „Schwerbehinderung“

Gruppe für Patienten mit Problemen am Arbeitsplatz**Nadja Hofmann, Bad Mergentheim**

1. Grundsätzliches

- Leitung: 2 Soz.päd.
- 4 Einheiten á 90 min
- Gruppengröße: max. 25 Patienten/-innen
- Offene Gruppe
- Vier Themenblöcke, die in beliebiger Reihenfolge durchlaufen werden können
- Verordnung durch Therapeut

2. Indikationen

- Konflikte bei bestehendem Arbeitsverhältnis (Patienteneinschätzung ist maßgebend)
- Häufige AU-Zeiten aufgrund von Problemen am Arbeitsplatz
- Längere Zeit arbeitsunfähig und Rückkehr an den Arbeitsplatz insgesamt problematisch (aus Sicht des Patienten)

3. Ziele

Die Pat. sollen...

- sich austauschen und Solidarität erfahren
- Anregungen bekommen für den Umgang mit Problemen am Arbeitsplatz
- sich die eigenen Ressourcen bewusst machen
- ihre Kommunikationsfähigkeit verbessern
- konkrete Lösungsansätze entwickeln
- bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz Unterstützung erhalten

4. Inhalte

- Energiespender/Energieräuber
- Arbeitsplatzsoziogramm
- Persönlichkeitsmuster bei der Bewältigung von Arbeitsbelastung nach Schaarschmidt und Fischer
- Transaktionsanalyse

Telefonische Nachsorge bei MBOR

Dipl. med. päd. Frauke Huth, Bad Neuenahr

Im Rahmen der medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation soll an der Klinik Niederrhein für MBOR-Patienten neben berufsbezogenen Vorträgen, Schulungen und Gruppenangeboten auch eine telefonische Nachsorge angeboten werden. Da das MBOR-Konzept noch nicht komplett implementiert wurde, werden an dieser Stelle die noch geplanten Vorgehensweisen dargestellt.

Die MBOR-Nachsorge der Klinik Niederrhein wird ein konkretes, mit dem Patienten und dem MBOR-Team der Klinik besprochenes Ziel haben. Sobald dieses erreicht ist (oder nach sechs Monaten) endet die Intervention.

Zur Entwicklung dieses berufsbezogenen Ziels, zur Erarbeitung von Lösungswegen und Verhaltensstrategien werden den Patienten zu seinen besonderen berufsbezogenen Problemlagen MBOR-Vorträge, die Teilnahme an der berufsbezogenen Gruppe, Einzelgespräche mit Vertretern verschiedener Berufsgruppen und eine telefonische Nachsorge angeboten bzw. empfohlen. (Mögliche Inhalte dieser Angebote werden in der gesamten Vortragsreihe dargestellt.)

Die telefonische Nachsorge soll den Patienten darin bestärken, die konkreten, in der Reha entwickelten (berufsbezogenen) Ziele auch nach der Reha weiter zu verfolgen und die mit dem MBOR-Team besprochenen Maßnahmen einzuleiten. Fallbeispiele, für die bereits zum jetzigen Zeitpunkt eine telefonische Nachsorge wünschenswert gewesen wäre, sollen zeigen, welche konkreten Ziele eine MBOR-Nachsorge haben und wer außer dem Patienten noch davon profitieren könnte.

Workshop 3: Patientenorientiert vortragen

Dipl.-Psych. Andrea Reusch, Würzburg

Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation hat zum Ziel, über chronische Erkrankungen zu informieren und eine bestmögliche Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Die Teilnehmer sind von der Erkrankung betroffen, so dass Schulung per se patientenorientiert sein sollte. Aber ist sie das wirklich? Basis jeder Schulung ist Information zu vermitteln. Es geht aber auch darum, mit der Erkrankung leben zu lernen. Dazu müssen Patienten Einstellungen und ihren Lebensstil ändern. Wissensvermittlung reicht hier erfahrungsgemäß nicht aus, patientenorientierte Methoden sind nötig.

Patientenschulung findet deshalb in kleinen Gruppen bis maximal 15 Teilnehmern statt. Patienten können hier über ihre Erkrankung sprechen, Fragen klären und am Beispiel von Mitpatienten lernen. Dabei werden aktivierende Methoden eingesetzt: Gruppengespräch (z.B. über persönliche Erfahrungen bei der Diagnosestellung), Zurufabfrage am Flipchart (z.B. zu Symptomen, Bewältigungsstrategien), Diskussion (z.B. Vor- und Nachteile einer Lebensstiländerung), praktische Übungen (z.B. Symptomprotokollierung). Die Wirksamkeit aktivierender Schulungskonzepte konnte in Evaluationsstudien bestätigt werden (z.B. Faller et al., 2008). Die Durchführung von Patientenschulung in kleinen Gruppen mit aktivierenden Methoden ist ein definiertes Qualitätsmerkmale für Patientenschulungen (Ströbl et al., 2007).

Der zunehmende Kostendruck und teils auch Personalmangel machen es in vielen Kliniken notwendig, Schulungsinhalte in großen Gruppen anzubieten. Die Dozenten verwenden meist den frontalen Vortragsstil, da die o.g. Methoden ungeeignet erscheinen. Eine bundesweite Befragung von Reha-Einrichtungen zeigte, dass in kleinen Gruppen signifikant mehr interaktive Methoden und weniger Frontalvortrag durchgeführt wird als in Großgruppen (Reusch et al., 2013). Wissensvermittlung ist aber nicht ausreichend, um patientenorientiert zu schulen.

Wie können Patienten in einem Großgruppenvortrag aktiviert und persönlich beteiligt werden, so dass Einstellungs- und Verhaltensänderung wahrscheinlicher werden?

Dazu werden im Workshop didaktische Möglichkeiten erarbeitet und vorgestellt. Es geht darum, Vorträge zu bereichern, Patienten persönlich anzusprechen und mitarbeiten zu lassen. Einfache und kurze Methoden der Patientenorientierung werden genauso thematisiert wie die Aufbereitung und Gliederung des Stoffes und die Gestaltung von Präsentationen (Küffner & Reusch, 2014).

Kontakt:

Andrea Reusch, Diplom-Psychologin; Geschäftsführung Zentrum Patientenschulung e. V.
Universität Würzburg, Abteilung Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften
Klinikstr. 3, 97070 Würzburg
E-Mail: a.reusch@uni-wuerzburg.de
Homepage: www.zentrum-patientenschulung.de

Literatur:

- Faller, H., Reusch, A., Ströbl, V. & Vogel, H. (2008). Patientenschulung als Element der Patientenorientierung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 47, 77 - 83.
- Küffner, R. & Reusch, A. (2014). Schulungen patientenorientiert gestalten. Ein Handbuch des Zentrums Patientenschulung. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2007). Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 20, 11-14.
- Reusch, A., Schug, M., Küffner, R., Vogel, H. & Faller, H. (2013). Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulung und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation 2010 – Eine Bestandsaufnahme. *Rehabilitation*, 52 (4), 226-232.