

Editorial

Ulrike Worryngen

Die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) setzt seit 18 Jahren eine intensivierte psychologisch-psychotherapeutische Mitbehandlung von multimorbiden Menschen in der somatischen Rehabilitation um. Seit der Verabschiedung eines träger- und indikationsübergreifenden Rahmenkonzeptes im Jahre 2015 wird das VOR Konzept zunehmend in verschiedenen Indikationen und zahlreichen Abteilungen der somatischen Rehabilitation implementiert. Das vorliegende Schwerpunktheft bietet einen Einblick in Praxiserprobte Konzepte der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation und einen Überblick über ihren Entwicklungs- und Forschungsstand.

In dem einführenden Beitrag stellt *Worryngen* das indikationsübergreifende Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung vor, beschreibt anhand von Versorgungsdaten die Umsetzung der VOR in der medizinischen Rehabilitation und fasst den aktuellen Forschungsstand zur Wirksamkeit der verhaltensmedizinisch orientierten orthopädischen Rehabilitation zusammen.

Lorenz, Manhart, König und Gissendanner geben vor dem Hintergrund ihrer langjährigen klinischen Erfahrung Einblicke in die Entwicklung ihrer Versorgungspraxis. Insbesondere die Teamarbeit, geschlossene Behandlungsgruppen und die damit einhergehende therapeutische Konstanz werden von ihnen als hilfreich bei der Behandlung psychisch beeinträchtigter Rehabilitanden beschrieben. Die Förderung der Selbstmanagementkompetenz steht im Mittelpunkt der Gruppenarbeit in der verhaltensmedizinischen Rehabilitation und ist Gegenstand der folgenden drei Beiträge. Alle drei Autorengruppen stellen psychologische Gruppenkonzepte der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation vor. *Korsch, Mohr, Köpnick und Hampel* berichten anhand von Daten einer qualitativen Studie über die Förderung der Selbstmanagementkompetenz im Rahmen eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenkonzepts zur Schmerzbewältigung und Depressionsprävention. *China und Benninghoven* stellen ein verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept vor, dass dem Akzeptanz- und Commitment Ansatz entspringt und die Werteorientierung und Verfolgung von werteorientiertem Handeln in den Mittelpunkt der therapeutischen Interventionen stellt. *Isele, Meng und von Neukirch* stellen ein VOR

Gruppenkonzept vor, dass auf dem Zürcher Ressourcenmodell basiert. Im Fokus dieser mehrstündigen neuropsychologisch fundierten Gruppenintervention steht die Findung von Einstellungszielen, die eine gesundheitsförderliche Lebensstiländerung befördern sollen. In der Gesamtschau dieser drei Beiträge wird die Vielfalt theoriebasierter psychologischer-psychotherapeutischer Interventionsansätze in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation sichtbar.

Hütte und Muschalla gehen in ihrem Beitrag der Frage nach, ob und wie psychische Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in den Entlassungsberichten der somatischen und verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation befundet und bewertet werden. Die Ergebnisse ihrer qualitativen Analyse legen den Schluss nahe, dass die Dokumentation psychischer Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in beiden Settings noch optimiert werden kann.

Herbold und Kück stellen berufsbezogene Ansätze in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation vor.

Antje Hoppe berichtet in einem kurzen Überblick von der 3. Fachtagung der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitationsabteilungen, die am 20. und 21. April 2018 in der Klinik Berolina in Löhne stattfand.

Allen Autorinnen und Autoren, die ihre Beiträge neben ihrer täglichen klinischen Arbeit in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation schrieben, möchte ich als Herausgeberin dieses Schwerpunkthefts sehr herzlich für ihre engagierte Mitwirkung danken. Das Schwerpunktheft lebt von den Schilderungen ihrer klinischen Erfahrungen, denen allen die Initiative zugrunde liegt, neue Wege in der Behandlung chronisch kranker Menschen zu erproben.

Den Autorinnen aus der Wissenschaft danke ich, dass auch sie sich neben ihren täglichen Verpflichtungen die Zeit nahmen, dieses Schwerpunktheft um die wissenschaftliche Perspektive zu erweitern.

Zur besseren Lesbarkeit der folgenden Beiträge wurde in der Regel für alle Personen die männliche Form gewählt. Gemeint sind aber immer alle Geschlechter.

Vielen Dank und allen Interessierten viel Freude beim Lesen!

Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation: Konzept, Zielgruppe und Wirksamkeit

Ulrike Worringen

Zusammenfassung

Mit zunehmender Nachfrage nach psychologischer bzw. psychotherapeutischer Mitbehandlung in der somatischen Rehabilitation wurden in den letzten 18 Jahren verhaltensmedizinische Behandlungsansätze in der somatischen Rehabilitation etabliert, die die herkömmliche somatische Rehabilitation für Patientengruppen mit psychischer Komorbidität erweitern und intensivieren sollten. Ihre Wirksamkeit wurde in randomisierten bzw. kontrollierten Studien untersucht. In der Gesamtschau der vorliegenden Studienergebnisse bei muskuloskelettalen Erkrankungen kann von einer 12-monatigen Wirksamkeit der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VOR) in bedeutsamen Funktions- und Schmerzbezogenen Outcomes gesprochen werden. Die Effekte sind abhängig von dem Ausmaß der initialen psychischen Belastung der Rehabilitanden. Das Angebot der VOR für psychisch hoch belastete Rehabilitanden in der somatischen Rehabilitation und der Ausbau der Nachsorgeangebote für diese Patientengruppe erscheint zielführend, um langfristige Rehabilitationserfolge bei psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation zu sichern.

Schlüsselwörter

Psychische Komorbidität, Verhaltensmedizin, Wirksamkeit, Zielgruppe, Konzept

Behavioral medicine-oriented rehabilitation: Concept, target group and effectiveness

Abstract

With increasing demand for psychological or psychotherapeutic co-treatment in somatic rehabilitation, behavioral medical approaches to somatic rehabilitation have been established over the last 18 years. They should extend and intensify conventional somatic rehabilitation for patients with mental comorbidity. Their efficacy has been investigated in randomized or controlled trials. In the overall view of the present study results in musculoskeletal diseases, there is evidence for 12-months effectiveness of behavior-oriented rehabilitation treatments (VOR) in significant functional and pain-related outcomes. The effects depend on the initial extent of the psychological burden of the patients. The VOR treatment program for psychologically highly burdened rehabilitation patients in the somatic rehabilitation and the expansion of the aftercare for this group of patients seems expedient to secure long-term rehabilitation success in mental comorbidity in somatic rehabilitation.

Keywords

Mental comorbidity, behavioral medicine, effectiveness, target group, concept

1 Konzept und Umsetzung der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Mit zunehmender Nachfrage nach psychologischer bzw. psychotherapeutischer Mitbehandlung in der somatischen Rehabilitation wurden in den letzten 18 Jahren verhaltensmedizinische Behandlungsansätze in der somatischen Rehabilitation etabliert, die die herkömmliche somatische Rehabilitation für Patientengruppen mit psychischer Komorbidität erweitern und intensivieren sollten. Die-

se Entwicklung nahm ihren Ausgangspunkt in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung und gestaltete sich parallel zum Ausbau der multimodalen Schmerztherapie in der Akutversorgung (Arnold et al. 2015). Beide Entwicklungen finden ihren Niederschlag in der Nationalen Versorgungsleitlinie nicht-spezifischer Kreuzschmerz (Bundesärztekammer et al. 2017).

Die Deutsche Rentenversicherung Bund belegte zunächst in einer Modellphase (2001-2015) elf verhaltensmedizinisch orientierten Abteilungen in der orthopädischen Rehabili-

tation. Mit den Modellkliniken wurden gemeinsame Rahmenbedingungen und Strukturanforderungen entwickelt (DRV Bund 2006, 2011) und in einem Anforderungsprofil hinterlegt (DRV Bund 2013a).

Ausgehend von diesem Anforderungsprofil wurde im Jahr 2014 ein trägerübergreifend abgestimmtes Rahmenkonzept für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation entwickelt. Hierzu wurden alle 14 Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung und der Bundesträger Knappschaft-See-Bahn nach verhaltensmedizinischen Behandlungsansätzen in den von ihnen federgeführten Rehabilitationseinrichtungen befragt.

10 der 15 Träger gaben an, verhaltensmedizinische Behandlungsansätze für ihre Versicherten anzubieten. Verhaltensmedizinische Konzepte wurden von ihnen allen in der orthopädischen Rehabilitation angeboten. Als weitere Indikationen wurden die kardiologische, onkologische und rheumatologische Rehabilitation benannt. Ein weiteres verhal-

tensmedizinisches Konzept wird für Versicherte mit metabolischem Syndrom vorgehalten. Die Behandlungsdauer variierte zwischen 3 und 5 Wochen. Unterschiede fanden sich zudem in der Höhe der Vergütung und in der Qualifikation und Anzahl der therapeutischen Mitarbeiter.

Verhaltensmedizinische Abteilungen, die nicht am Modellprojekt der DRV Bund teilgenommen hatten, füllten den für die Abstimmung des VOR Anforderungsprofils entwickelten Strukturfragebogen aus. Es ergaben sich im Ergebnis nur wenige Abweichungen zum Anforderungsprofil der DRV Bund. Trägerübergreifend wurde auf der Grundlage dieser Ergebnisse ein indikationsübergreifendes Rahmenkonzept für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) verabschiedet (DRV 2015). Im Rahmenkonzept wurden Mindestangaben zu Umfang und Frequenz der therapeutischen Leistungen, der Fallbesprechungen und der Supervision benannt (siehe Tabelle 1)

	Frequenz (Mindestangabe)	Umfang (Mindestangabe)
Psychologische Bezugsgruppe	8-mal pro Reha	480 Minuten
Bewegungstherapeutische Bezugsgruppe	täglich eine Stunde	fünfmal wöchentlich (mindestens 18 Stunden)
Entspannungstherapie	2-3-mal pro Woche	mindestens 8-mal pro Rehabilitationsleistung
Psychologisches Einzelgespräch	Aufnahme und Abschluss, nach Bedarf Folgegespräche (in 60-80 % der Fälle)	Aufnahme: mindestens 60 Minuten Abschluss: mindestens 20 Minuten
Bewegungstherapeutisches Einzelgespräch	Aufnahme und Abschluss	jeweils mindestens 20 Minuten
Fallbesprechungen	1-mal wöchentlich	
Externe Supervision	1-mal monatlich	

Tabelle 1

Anforderungen an die VOR (DRV 2015) in einem 4-Wochen Konzept

Alle Träger einigten sich auf eine Behandlungsdauer von 4 Wochen. Ein gemeinsamer Sollstellenplan wurde im Rahmenkonzept nicht festgeschrieben.

Das verhaltensmedizinische Behandlungskonzept im engeren Sinne erfolgt vorwiegend im Bereich Psychologie/Psychotherapie und in der Bewegungs-/Sporttherapie. Gut abgestimmte interdisziplinäre Fallarbeit sowie klinische und standardisierte Psychodiagnostik zu Beginn und am Ende der Reha sind weitere Merkmale der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation. Das Konzept wird insbesondere durch die psychosoziale und psychotherapeutische Fortbildung aller beteiligten Berufsgruppen im Reha-Team und ei-

nem verstärkten Einsatz von Psychotherapeuten/innen realisiert.

Die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation basiert auf einem geschlossenem Gruppenkonzept. Eine Gruppe von 10-12 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die zum gleichen Zeitpunkt anreist, wird gemeinsam in einer sogenannten Kerngruppe, auch Bezugsgruppe genannt, behandelt. Kerngruppen betreffen sowohl die psychologische als auch die bewegungstherapeutische Behandlung. Die weitere individuelle Ausgestaltung des Rehabilitationsplans wird auf der Grundlage der persönlichen Situation des Rehabilitanden getroffen.

Psychologisches Gruppenangebot

Das psychologische Gruppenangebot bildet den Schwerpunkt der psychotherapeutischen Betreuung und dient dem gegenseitigen sozialen Lernen. Hier erhalten die Rehabilitanden Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und zur Reflexion. Soziale Vergleichsprozesse und gegenseitige soziale Unterstützung werden ermöglicht. Dieses interaktive kommunikationsintensive Handeln kann Modell sein für das Sozialverhalten in der therapiefreien Zeit und für die Zeit nach der Rehabilitation.

Inhaltlich steht in der psychotherapeutischen Gruppe die Vermittlung von Krankheitsbewältigungskompetenzen im Vordergrund. Es werden die Einflüsse von Gedanken auf das Krankheitserleben und die Auswirkungen von Krankheitserleben auf Körper, Psyche und Verhalten interaktiv in der Gruppe erarbeitet. Theoretische Grundlage dieser wechselseitigen Beziehung sind das bio-psycho-soziale Modell einer funktionalen Gesundheit, das Konzept der Salutogenese und das Bedingungsmodell chronischer Krankheiten (Prädisposition, Auslöser, aufrechterhaltende Bedingungen). Auch neurobiologische Erkenntnisse zu den Zusammenhängen von Körper und Psyche sind Inhalt der Psychoedukation. Die Themen Depression und krankheitsbezogene Ängste können in das Gruppenkonzept integriert oder in Form eines ergänzenden Zusatzmoduls angeboten werden (vgl. Mohr et al. 2017).

Je nach Bedarf können zusätzliche Module zur Stressbewältigung integriert werden. Zu berücksichtigen ist hierbei in der Regel die konkrete Arbeitsplatzsituation. Aber auch soziale Probleme und Belastungen aus anderen Lebensbereichen (familiäre Konflikte, Pflege von Angehörigen u.a.) sollten in ihrem Einfluss auf das Krankheitserleben und -verhalten berücksichtigt werden.

Bewegungstherapeutisches Gruppenangebot

Die übergeordnete didaktische Zielsetzung der Bewegungskompetenzgruppe ist, den Rehabilitanden trotz ihrer Funktionseinschränkungen wieder einen positiven Zugang zur Bewegung im Alltag zu vermitteln. Darüber hinaus werden durch edukative Inhalte die Selbstmanagementkompetenz und der Alltagstransfer unterstützt.

Die Bewegungskompetenzgruppe zeichnet sich durch einen niederschweligen Einstieg aus. Dieser umfasst eine zunächst vorwiegend erlebnisorientierte Körperarbeit, in der Körperwahrnehmungsaspekte im Vorder-

grund stehen, Kommunikation und Interaktion über Bewegung stattfindet und die Rehabilitanden sich über das Element „Bewegung“ in der Gruppe orientieren können. Auf dieser Bewegungsgrundlage aufbauend werden zunehmend alltagsbezogene Bewegungsformen eingeführt, mit dem Ziel der Verbesserung von Koordination und motorischer Fähigkeiten. Die Aufmerksamkeit wird auf das bewusste Erleben körperlicher Bewegungs- und Leistungsfähigkeit gelenkt (Herbst 2006). Wesentliche weitere Inhalte der Bewegungskompetenzgruppe sind Elemente der Medizinischen Trainingstherapie.

Ein Spaß und Koordination förderndes Element der Bewegungskompetenzgruppe kann z. B. das Aquatraining darstellen, eine Mischform aus Spielformen im Wasser und gymnastischen Elementen. Die verschiedenen Techniken des Aquajoggings werden als Koordinationstraining bei geringer Leistungsfähigkeit eingesetzt. Schulung gesundheitsrelevanter Schwimmtechniken sowie andere Formen des Ausdauertrainings können weitere Inhalte des Aquatrainings sein.

Edukative Bausteine, die die Therapiekooperation fördern sowie die Selbstmanagementkompetenz und den Alltagstransfer unterstützen, sollen in das bewegungstherapeutische Gruppenkonzept integriert werden (Pfeifer & Semrau 2011). Für die Zeit nach der Rehabilitation soll mithilfe von Handlungs- und Bewältigungsplänen die Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität konkret geplant werden (DRV Bund 2010, DRV Bund 2017).

Interdisziplinäre Aufnahme

Zu Beginn der Rehabilitation wird der Rehabilitand ergänzend zur ärztlichen Aufnahme von psychologisch-psychotherapeutischer und von sport- bzw. physiotherapeutischer Seite aufgenommen. Mit der psychologischen Aufnahme geht eine standardisierte Befindlichkeits- und Leistungsdiagnostik einher, die zum Abschluss der Behandlung wiederholt wird. Obligatorisch ist dabei im psychologischen Bereich der Einsatz allgemeiner (z. B. Befindlichkeitsskalen) und spezifischer Psychodiagnostik (z.B. Depression, Schmerz). Weitere Befragungsinstrumente werden nach Schwerpunkt und Ausrichtung der Einrichtung routinemäßig oder bedarfsweise eingesetzt. Im Aufnahmegespräch der Bewegungstherapie soll eine Bewegungsanamnese erstellt werden.

Interdisziplinäre Fallbesprechungen

Im Anschluss an die drei Aufnahmegespräche, im Verlauf und zum Abschluss finden

regelmäßig Fallbesprechungen statt. An den Fallbesprechungen nehmen die jeweiligen Stationsärzte, die psychologischen und physiotherapeutischen Bezugstherapeuten, der Sozialarbeiter, der Oberarzt und eine Pflegekraft teil. Interne und externe Supervision soll für das therapeutische Team regelmäßig angeboten werden.

Umsetzung des Anforderungsprofils

Nach Inkrafttreten des Anforderungsprofils der DRV Bund (2013) wurden die therapeutischen Leistungen der elf VOR Abteilungen aus der Modellphase der DRV Bund ausgewertet, um zu prüfen, in welchem Umfang das Anforderungsprofil der Versorgungspraxis entspricht (vgl. Tabelle 2).

Die therapeutischen Leistungen aus dem Jahr 2014 wurden den Entlassungsberichten der elf VOR Abteilungen entnommen (Fallzahlen N=8.064).

Die mit der KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen, DRV Bund 2007) verschlüsselten psychologischen Gruppenleistungen lagen zwischen 1,3 – 2,9 Stunden die Woche (M=1,8). Hinzu kamen allerdings in sieben VOR Abteilungen psychotherapeutische Gruppenleistungen aus dem Fachgebiet der Psychosomatik (Kapitel G der KTL). Ihr Umfang lag zwischen 0,2 und 2,6 Stunden pro Woche. Addiert man die psychosomatischen Gruppenleistungen zu den psychologischen Gruppenleistungen hinzu, liegt die Dauer der psychologisch-psychotherapeutischen Gruppenintervention zwischen 1,3 und 3,1 Stunden pro Woche (M=2,3 vgl. Tabelle 2). Berücksichtigt man diese Gesamtgruppenleistung erfüllten im Jahre 2014 sechs der elf VOR Abteilungen die Anforderungen der DRV Bund von mindestens 2 Stunden psychologisch-psychotherapeutischer Gruppenarbeit pro Woche.

	Mindestanforderung	Umsetzung
Psychologische Bezugsgruppe	2 Stunden	M=2,3 Range 1,3-3,1
Bewegungstherapeutische Bezugsgruppe	5 Stunden	M=5,2 Range 3,9-9
Entspannungstherapie	1-1,5 Stunden	M=1,2 Range 0,4-2,2
Psychologisches Einzelgespräch	0,7 Stunde	M=0,8* Range 0,4-1,6
Bewegungstherapeutisches Einzelgespräch	0,2 Stunde	M=0,2* Range 0,1-0,2
Einzelphysiotherapie		M=0,7 Range 0,3-1,3

Anmerkung: * In die Mittelwertberechnung einbezogen wurden nur die Kliniken mit entsprechenden Leistungen

Tabelle 2

Umsetzungen des Anforderungsprofils im Jahre 2014, Stunden pro Woche

Die Entspannungsverfahren wurden von zehn der elf VOR Abteilungen mehr als 1mal pro Woche durchgeführt. Die Dauer pro Woche lag dabei zwischen 0,4 und 2,2 Stunden (M=1,2). Die Anforderungen der DRV Bund (mindestens 2 Termine pro Woche à 30 Minuten) erfüllen acht der elf Abteilungen. Nur eine Abteilung weicht mit (0,4 Stunden pro Woche) deutlich von dieser Anforderung ab. Psychologische Einzelgespräche wurden von zehn der elf Abteilungen verschlüsselt. Die Leistungsdauer lag dabei zwischen 0,1 und 1,1 Stunden pro Woche (M=0,6). Zudem verschlüsselten fünf VOR Abteilung ergänzend zu den psychologischen auch psychotherapeutische Einzelgespräche im Umfang von 0,2 – 0,5 Stunden pro Woche. Zusammengekommen lagen damit alle psychologisch-psychotherapeutischen Einzelinterventionen zwischen 0,4 und 1,6 Stunden pro Woche (M=0,8). Die Leistungsanforderung von mindestens 2 Stunden pro Reha, d.h. bei einer damals dreiwöchigen Reha 0,7 Stunden pro Woche, erfüllten jedoch nur fünf der elf

VOR Abteilungen. Lediglich zwei Abteilungen führten für 50-60% der Rehabilitanden weitere oder längere psychologisch-psychotherapeutische Einzelgespräche durch.

Bewegungstherapeutische Gruppenangebote sollten laut Anforderungsprofil täglich eine Stunde durchgeführt werden, d.h. 5 Stunden pro Woche. Die dokumentierten bewegungstherapeutischen Gruppenleistungen (Codes A01-A09 der KTL, 2007) lagen in den VOR Abteilungen zwischen 2,4 und 7,9 Stunden pro Woche. Fünf der elf VOR Abteilungen erfüllten damit die Vorgaben der DRV Bund. Rechnet man die standardisierte Rückenschule, die in sieben der elf VOR Abteilungen für den Großteil der Rehabilitanden dokumentiert wurde, zu den bewegungstherapeutischen Gruppenleistungen hinzu, erfüllten drei weitere, also insgesamt acht von elf VOR Abteilungen die Gruppenanforderung. In der Gesamtsumme ergibt sich dann ein Leistungsspektrum von 3,9 bis 9 Stunden bewegungstherapeutische Gruppenarbeit pro Woche (M=5,2).

Nur drei von elf VOR Abteilungen verschlüsseln bewegungstherapeutische Einzelleistungen. Der Umfang dieser dokumentierten Einzelleistungen lag bei 0,1 - 0,2 Stunden pro Woche. Geht man bei geforderten 40 Minuten bewegungstherapeutischer Einzelleistung pro Reha von 0,7 Stunden pro Reha aus, sind dies mindestens 0,2 Stunden pro Woche. Diese Anforderungen erfüllen zwei der elf VOR Abteilungen. Physiotherapeutische Einzelleistungen dokumentieren hingegen alle VOR Abteilungen (Umfang pro Woche 0,3 – 1,3 Stunden, $M=0,7$). Nicht alle Rehabilitandinnen oder Rehabilitanden erhalten aber eine bewegungstherapeutische oder physiotherapeutische Einzelintervention. Nur in sieben VOR Abteilungen bekommen so gut wie alle Rehabilitanden einen bewegungs- oder physiotherapeutischen Einzeltermin. In den anderen vier VOR Abteilungen werden lediglich für 25 – 80 % der Rehabilitanden physiotherapeutische Einzeltermine dokumentiert. In der Gesamtschau kann festgehalten werden, dass die erbrachten bzw. dokumentierten VOR spezifischen Leistungen in 2014 im Durchschnitt dem Anforderungsprofil entsprachen. Abweichungen ergaben sich bei einzelnen Abteilungen jedoch bei den Einzels als auch bei den Gruppenleistungen. Eine lediglich unzureichende Dokumentation tatsächlich erbrachter Leistungen kann in diesen Fällen nicht ausgeschlossen werden.

2 Zielgruppe der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Die DRV Bund weist den VOR Abteilungen die Patienten gezielt zu. Hierzu wurden im Rahmen der Modellphase Kriterien für den Beratungsärztlichen Dienst entwickelt, die sich aus dem ärztlichen Befundbericht und dem Selbstauskunftsbogen der Antragsteller ergaben (Worringen et al. 2006). Schwarz et al. (2007a) kamen jedoch in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die Zuweisung zu der VOR bzw. alternativ zur herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation durch den beratungsärztlichen Dienst nur zu 61,5% mit dem klinischen Urteil der Ärzte und Psychologen am Ende der Rehabilitation übereinstimmte. Sie gingen der Frage nach, welche spezifischen Patientengruppen von der VOR profitieren.

Es bestätigte sich, dass Patienten mit einer psychischen Komorbidität hinsichtlich ihrer Depressivität und einzelner arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster („Distanzierungsfähigkeit“ sowie „Ruhe und Ausgeglichenheit“) kurzfristig stärker von der VOR

profitierten als Patienten ohne psychische Komorbidität (Schwarz et al. 2007b). Es werden allerdings nur diese kurzfristigen Effekte berichtet, unmittelbar zum Ende der Rehabilitation. Langfristigen Effekten wurde für diese Subgruppe der psychisch hoch belasteten Rehabilitanden nicht nachgegangen. Hampel et al. (2018) fanden in ihrer Multicenter-Studie langfristige Effekte für Rehabilitanden mit klinisch auffälligen Depressionswerten. Sie kamen zu dem Schluss, dass Rehabilitanden langfristig umso besser von der VOR profitieren je höher ihre psychische Belastung bzw. ihr Stresslevel (Schürmann 2017) zum Anfang der Rehabilitation ausgeprägt gewesen sei.

Zur Erkennung von psychischer Belastung im Antragsverfahren wurde der Einsatz von validierten Screeninginstrumenten empfohlen (Schwarz et al. 2007b). Küch et al. (2011) erprobten ein kurzes, 9 Items umfassendes Screeninginstrument zur Erfassung der psychosozialen Belastung und Therapiemotivation der Patienten. Das sogenannte Ultrakurzscreening (UKS) umfasst den Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4, Löwe et al. 2010) zur Erfassung von Depressivität und Angst und zwei Fragen zu beruflichen und familiären Belastungen, zwei Fragen zur Schmerzstärke und -beeinträchtigung sowie eine Frage zur Psychotherapiemotivation. Zur Unterstützung des beratungsärztlichen Dienstes zur Erkennung psychischer Belastung erwies sich der PHQ-4 als aussagekräftig (Worringen et al. 2012). Analog zu dem Screening besonderer beruflicher Problemlagen im Antragsverfahren der DRV Bund zur Identifizierung des medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsbedarfs (Brünger 2016, Streibelt 2018) soll der PHQ-4 zukünftig Teil der Antragsunterlagen der DRV werden.

Rief et al. (2008) führten strukturierte klinische Interviews mit den Teilnehmern ihrer Studiengruppe durch und diagnostizierten bei 38,2 % der Gesamtstichprobe mindestens eine psychische Störung. Am häufigsten fanden sich depressive Störungen (23,1%), gefolgt von somatoformen Störungen (16,1%) und Angststörungen (5,3%). Die von Rief et al. berichteten Häufigkeiten decken sich mit Prävalenzzahlen in früheren repräsentativen Stichproben (Härter et al. 2007).

In anderen Studien mit VOR Rehabilitanden (Semrau et al. 2015, Roch & Hampel 2017, Küch et al. 2011, Worringen et al. 2012) wurden keine diagnostischen Interviews geführt, sondern das Ausmaß der Depressivität allein durch ein Selbstbeurteilungsinstrument erhoben. Hier ergaben sich klinische Auffälligkeiten für die Depressivität gemessen mit der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) bei 51,6 % der Teilnehmenden und 47,3% mit

klinisch auffälligen Angstwerten (Roch & Hampel 2017). Auch in einer Stichprobe aus dem Jahr 2011 hatten lediglich 46% der VOR Rehabilitanden auffällige Werte im PHQ-4 (Worringen et al. 2012). Rund die Hälfte der derzeit zur VOR zugewiesenen Rehabilitanden weisen demnach keine erhöhten Angst- oder Depressivitätswerte in standardisierten Messinstrumenten auf.

In den Entlassungsberichten der DRV Bund belegten VOR Abteilungen aus dem Jahre 2016 werden am häufigsten somatoforme Störungen (F45) und die Neurasthenie (F48) als Erst- oder Begleitdiagnose verschlüsselt (siehe Abb. 1 und 2).

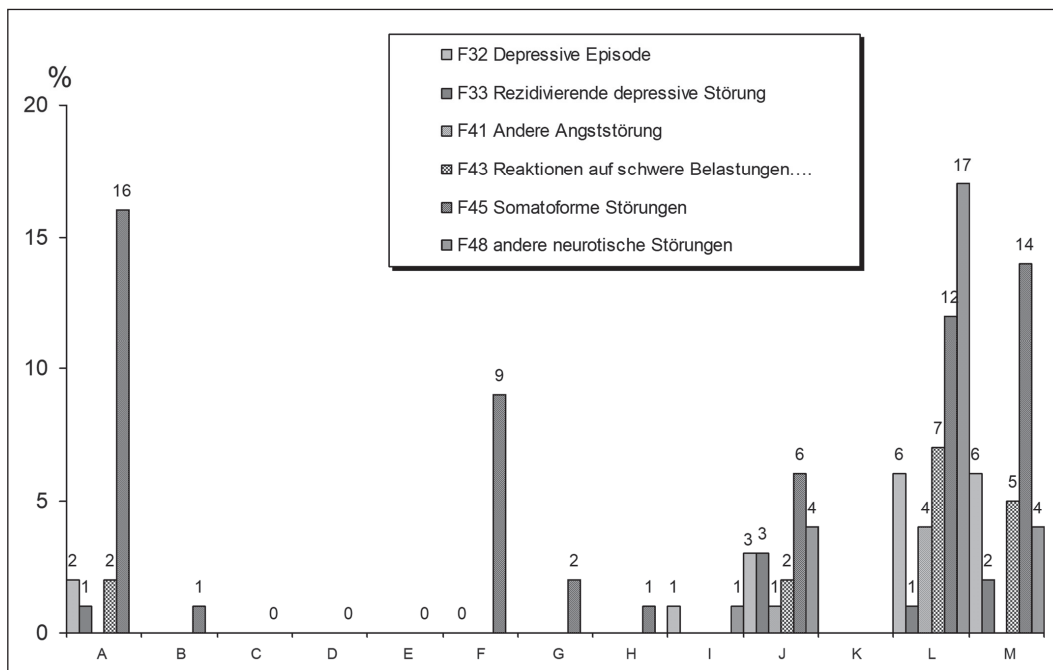


Abbildung 1

ICD 10 Erstdiagnosen
Kap. F – Psychische und
Verhaltensstörungen im
VOR Entlassungsbericht
im Vergleich von
13 orthopädischen VOR
Abteilungen, 2016

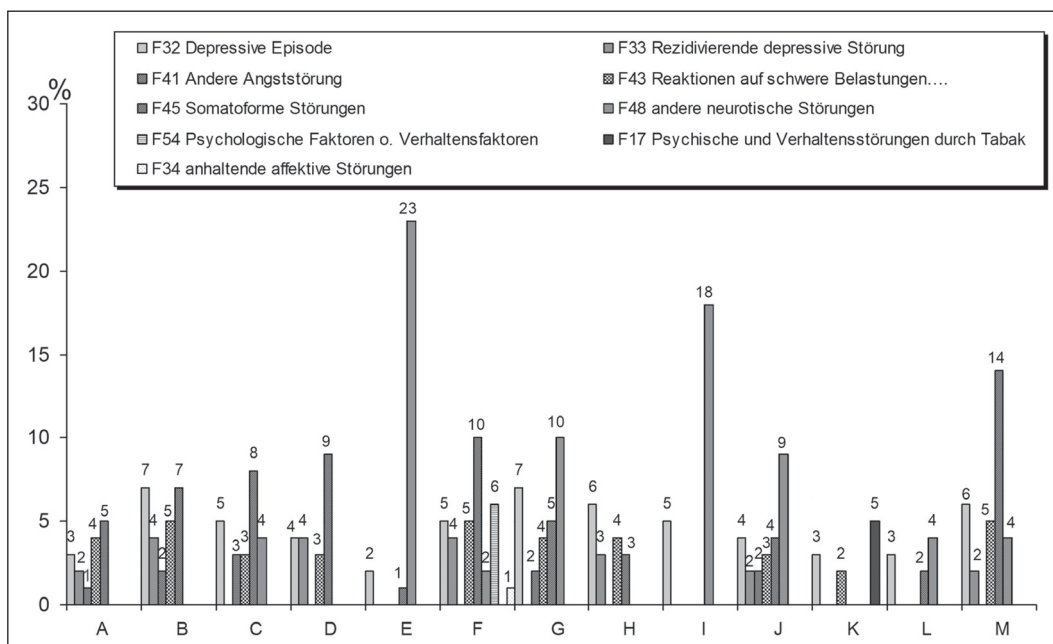


Abbildung 2

ICD 10 Begleitdiagnosen
Kap. F – Psychische und
Verhaltensstörungen im
VOR Entlassungsbericht
im Vergleich von
13 orthopädischen VOR
Abteilungen, 2016

Als Erstdiagnosen liegt hierbei die Verschlüsselungsrate für somatoforme Störungen zwischen 0-16%. Als Begleitdiagnose werden die somatoformen Störungen in der VOR bei 0-14% der Rehabilitanden vergeben. Diese

Rate entspricht in etwa der Häufigkeit in der Studienpopulation von Rief et al. (2008), allerdings wurden hier alle Rehabilitanden, auch die der herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation, in die Untersuchung einbezogen.

gen. Da der VOR ausschließlich psychisch stark belastete Rehabilitanden zugewiesen werden sollen, wäre in der VOR ein höherer Anteil von psychischen Störungen als in der Studie von Rief et al. zu erwarten gewesen. Es finden sich darüber hinaus auch zwischen den VOR Abteilungen große Unterschiede in der Häufigkeit und der Art der gestellten psychischen Erst- und Begleitdiagnosen. Die Häufigkeit von depressiven Störungen liegt jedoch in allen dreizehn VOR Abteilungen deutlich unter der von Rief et al. (2008) ermittelten Häufigkeit von 23,1%. Offen bleibt die Frage, ob in der Studie von Rief et al. die Häufigkeit der psychischen Störungen - ermittelt durch telefonische klinische Interviews - überschätzt wurde oder psychische Störungen im Klinikalltag der VOR nicht so häufig erkannt oder auch nicht im Entlassungsbericht dokumentiert werden. Die Studien von Härter et al. (2007) sprechen eher dafür, dass psychische Störungen in der somatischen Rehabilitation nicht hinreichend erkannt bzw. dokumentiert werden. In der Hälfte der Fälle stimmten bei Härter et al. die Diagnosen im Entlassungsbericht nicht mit den Diagnosen überein, die mittels strukturierter Interviews ermittelt wurden.

Hütte und Muschalla (2019, in diesem Heft) untersuchten in einer qualitativen Studie ebenfalls die Güte der Dokumentation psychischer Störungen in Entlassungsberichten der VOR und der herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation. Auch sie kamen zu dem Schluss, dass in beiden Gruppen die Qualität der Befundung psychischer Störungen zu verbessern sei.

Streibelt et al. (2013) untersuchten in einer Bewilligungsstichprobe der DRV Bund die Merkmale von potentiellen VOR Patienten und identifizierten neben der psychischen Komorbidität, ein maladaptives Krankheitsverhalten, Multimorbidität, geringe Selbstwirksamkeitserwartungen, hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten und eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit im Alltag als Kennzeichen potentieller VOR Patienten. Fallvignetten für den beratungsärztlichen Dienst der DRV Bund und für die Rehabilitationseinrichtungen zur Erkennung von verhaltensmedizinisch und/oder medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsbedarf wurden von Schwarz (2015) entwickelt.

Um eine bedarfsgerechte Rehabilitation zu ermöglichen gestattet die DRV Bund im Einzelfall die klinikinterne Umstellung, das heißt den Behandlungswechsel zwischen somatischer, verhaltensmedizinisch orientierter, medizinisch-beruflich orientierter oder psychosomatischer Abteilung. Einzelne Regionalträger überlassen es fast vollständig den Re-

ha-Einrichtungen, klinikintern geeignete Patienten für die VOR auszuwählen (Dorn & Polnau 2017).

3 Wirksamkeit der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Mit der Einführung der VOR stellte sich auch die Frage der Wirksamkeit einer intensivierten multimodalen Behandlung in der Rehabilitation. Es liegen für die muskuloskelettalen Erkrankungen Wirksamkeitsstudien aus verschiedenen klinischen Settings in der medizinischen Rehabilitation vor (u.a. Dibbelt et al. 2006, Kluth 2006, Bahrke et al. 2006, Morfeld et al. 2006, Mangels et al. 2009, Semrau et al. 2015). Bethge und Müller-Fahrnow (2008) stellten in einer Meta-Analyse zur Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen eine starke Evidenz für eine mittel- und langfristige Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes fest. Sie fanden eine moderate Evidenz, dass eine intensivierete Rehabilitation, die eine psychologische Gruppenintervention umfasst, im Vergleich zur herkömmlichen Rehabilitation langfristig die Schmerzintensität reduziert. Sie fanden jedoch keine Evidenz für verringerte Arbeitsunfähigkeitszeiten und verbesserte Funktionsfähigkeit. Grundlage der Meta-Analyse waren die Ergebnisse von fünf randomisierten kontrollierten Studien aus Deutschland (Panning et al., 1994, Kleist et al. 2001, Leidl et al. 2006, Streibelt et al. 2006), bei der allerdings nur eine im VOR Setting durchgeführt wurde (Mangels et al. 2007). Für die klinische Praxis empfahlen sie entsprechend der internationalen Studienlage eine orthopädische Rehabilitation, die psychologische Module umfasst. Diskutiert werden im Folgenden die Studienergebnisse aus den randomisierten bzw. quasi-experimentellen Studien in der orthopädischen VOR.

Mangels et al. (2009) verglichen in einer von der DRV Bund in Auftrag gegebenen randomisierten kontrollierten Studie (N=363, Rücklauf nach einem Jahr 94% der Gesamtstichprobe) die kurz- und langfristigen Effekte der orthopädischen VOR auf die schmerzbedingte Beeinträchtigung, die Depressivität, die (schmerzbezogene) Selbstwirksamkeitserwartung, den subjektiven Gesundheitszustand, die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit und schmerzbezogene Bewältigungsstrategien. Sie verglichen die VOR mit und ohne telefonische Nachsorge mit der herkömmlichen orthopädischen Rehabilitati-

on im Reha-Zentrum Pyrmont, einer der elf VOR Modellkliniken der DRV Bund.

Im Rahmen der Studie wurden in der herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation von psychologischer Seite optional psychologische Einzelgespräche und/oder die Progressive Muskelrelaxation (PMR) angeboten. In der VOR wurde eine verhaltenstherapeutische Schmerzbewältigungsgruppe im Umfang von 9 x 90 Minuten durchgeführt. Alle Rehabilitanden nahmen in der VOR an der PMR teil. In Abhängigkeit vom individuellen Bedarf wurden psychologische Einzelgespräche angeboten. Die psychologischen und die physiotherapeutischen Gruppenangebote fanden in einer geschlossenen Gruppe mit 10-12 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden statt. Die Patientenaufnahme erfolgte durch den Arzt und Psychologen. Die Behandlungsintensität in der herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation (49 Stunden) unterschied sich signifikant von der Behandlungsdauer der VOR (65 Stunden). Im Durchschnitt war die VOR Maßnahme drei Tage länger als die herkömmliche Rehabilitation.

Die sieben Booster Sessions, die telefonisch im Zeitraum von 12 Monaten nach Ende der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation durchgeführt wurden, beinhalteten die Verstärkung der schmerzbezogenen Bewältigungskompetenz. Zwischen den einzelnen Sessions sollten eigenständig Aufgaben zum Alltagstransfer durchgeführt werden. Die Sessions fanden anfangs vierzehntägig statt, zum Ende der Intervention vierteljährlich. Die durchschnittliche Dauer der Intervention betrug 20 Minuten.

In den meisten Outcomes fanden sich nach einem Jahr über alle drei Gruppen hinweg Verbesserungen von kleiner bis großer Effektstärke. Der größte Effekt fand sich über alle Gruppen hinweg in der affektiven Schmerzwahrnehmung. Keine langfristigen Effekte fanden sich für das Ausmaß der Depressivität. Signifikante Gruppenunterschiede ergaben sich kurz- und langfristig insbesondere hinsichtlich der schmerzbezogenen Bewältigungsstrategien. Substanzielle Verbesserungen nach 12 Monaten, aber keine Gruppenunterschiede fanden sich kurz- und langfristig hinsichtlich der schmerzbezogenen Beeinträchtigung, den (schmerzbezogenen) Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, der Schmerzwahrnehmung, der körperlichen und psychischen Gesundheit, der subjektiv wahrgenommenen Bewältigungskompetenz und dem Einsatz von gegensteuernden Aktivitäten.

Es zeigten sich nach einem Jahr keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich Arbeitsunfähigkeitszeiten, Berufstätigkeit, den Anträgen auf Erwerbsminderungsrente oder

der Absicht einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Auch die Anzahl der medizinischen Anwendungen und Arztbesuche unterschied sich ein Jahr nach der Reha nicht zwischen den Gruppen.

Die schmerzbezogene telefonische Nachsorge erzielte im Vergleich mit der herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation eine höhere gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit als die VOR ohne Nachsorge. Zwischen den beiden VOR Gruppen (mit und ohne Nachsorge) fanden sich hingegen in keinen Outcomes signifikanten Unterschiede nach einem Jahr.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass im Gegensatz zu den Ergebnissen der Meta-Analyse von Hüppe & Raspe (2003), die der orthopädischen Rehabilitation in Deutschland nur eine geringe langfristige Wirksamkeit zuschrieb, alle drei Interventionsgruppen langfristige Verlaufseffekte in bedeutsamen Outcomes für chronische Schmerzpatienten erzielen konnten. Dies betrifft u. a. die schmerzbezogene Beeinträchtigung, die (schmerzbezogene) Selbstwirksamkeitserwartung, die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit, die Schmerzwahrnehmung und den subjektiven Gesundheitsstatus. Allein die Depressivität konnte nur kurzfristig in der VOR verbessert werden. Dies mag jedoch auch darin begründet gewesen sein, dass die Gesamtstichprobe bereits zu Anfang der Rehabilitation nur geringe Depressivitätswerte aufwies.

Dass in dieser Studie auch die herkömmliche orthopädische Rehabilitation langfristig stabile Effekte erzielte, ist begründet in den psychologischen Leistungen, die im Reha-Zentrum Bad Pyrmont auch in der herkömmlichen Rehabilitation als Basisversorgung vorgehalten wurden. Eliminiert man statistisch den Einfluss der psychologischen Behandlungselemente auf das Rehabilitationsergebnis (Kovarianzanalyse mit den summierten psychologischen therapeutischen Leistungen) zeigen sich langfristig auf den Variablen allgemeine und schmerzspezifische Selbstwirksamkeit, Beeinträchtigung durch Schmerzen, Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome, einem Großteil der Schmerzbewältigungskompetenzen, der subjektiven psychischen Gesundheit, der Lebenszufriedenheit und einzelner Skalen der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster keine Effekte mehr (vgl. Tabelle 3 aus Rief et al. 2008).

Tabelle 3

Langfristige Wirksamkeit der herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation (OR) versus VOR, wenn der Einfluss psychologischer Behandlungselemente eliminiert wird (Kovarianzanalyse)

Variable	Testverfahren	Vergleich OR ¹ vs. VOR ²	Kovarianzanalyse p: OR ¹ vs. VOR ²
Schmerzempfindung affektiv	SES	OR↑ = VOR↑ ³	OR↑ = VOR↑
Schmerzempfindung sensorisch	SES	OR↑ = VOR↑	OR↑ = VOR↑
Schmerzbedingte Beeinträchtigung	PDI	OR↑ = VOR↑	t1 = t3
Körperliche Gesundheit	SF12	OR↑ = VOR↑	OR↑ = VOR↑
Psychische Gesundheit	SF12	OR↑ = VOR↑	t1 = t3
Depressivität	BDI	t1 = t3 ⁴	t1 = t3
Beeinträchtigung durch körperliche u. psychische Symptome	BSI	OR↑ = VOR↑	t1 = t3
Lebenszufriedenheit (eigene Gesundheit und eigene Person)	FLZ	OR↑ = VOR↑	t1 = t3
Selbstwirksamkeit allgemein und schmerzspezifisch	SWE, FESS	OR↑ = VOR↑	t1 = t3
Schmerzbewältigungskompetenzen	FESV		
Handlungsplanung		VOR↑ > OR↑ ⁵	VOR↑ > OR↑
Kognitive Umstrukturierung		VOR↑ > OR↑	t1 = t3
Kompetenzerleben		OR↑ = VOR↑	t1 = t3
Mentale Ablenkung		VOR↑ > OR↑	t1 = t3
Gegensteuernde Aktivitäten		OR↑ = VOR↑	t1 = t3
Ruhe-/Entspannungstechniken		VOR↑ > OR↑	OR↑ = VOR↑
Schmerzbedingte Hilflosigkeit/Depression	FESV	OR↑ = VOR↑	OR↑ = VOR↑
Schmerzbedingte Angst	FESV	OR↑ = VOR↑	t1 = t3
Schmerzbedingter Ärger	FESV	OR↑ = VOR↑	t1 = t3
Berufsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster	AVEM		
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit		OR↑ = VOR↑	t1 = t3
Beruflicher Ehrgeiz		t1 = t3	t1 = t3
Verausgabungsbereitschaft		OR↑ = VOR↑	OR↑ = VOR↑
Perfektionsstreben		OR↑ = VOR↑	t1 = t3
Distanzierungsfähigkeit		VOR↑ > OR↑	t1 = t3
Resignationstendenz bei Misserfolg		OR↑ > VOR↑ ⁶	t1 = t3
Offensive Problembewältigung		t1=t3	t1 = t3
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit		OR↑ = VOR↑	t1 = t3

Anmerkungen: Anmerkungen: ¹ OR = herkömmliche orthopädische Rehabilitation; ² VOR = verhaltensmedizinisch-orthopädische Rehabilitation; ³ „OR↑ = VOR↑“ = stabiler Behandlungserfolg in beiden Gruppen (Follow-Up-Werte besser als Ausgangswerte); ⁴ „t1 = t3“ = kein Unterschied zwischen Ausgangs- und Follow-Up-Werten in beiden Gruppen; ⁵ „VOR↑ > OR↑“ = größerer Behandlungserfolg in der verhaltensmedizinisch-orthopädischen Rehabilitation; ⁶ „OR↑ > VOR↑“ = größerer Behandlungserfolg in der klassisch orthopädischen Rehabilitation. Veränderte Ergebnisse aufgrund Elimination der psychologischen Therapieleistungen sind grau markiert.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass psychologische Behandlungselemente sowohl in der klassisch orthopädischen als auch in der verhaltensmedizinisch orientierten orthopädischen Rehabilitation einen entscheidenden Beitrag zum Rehabilitationsergebnis zu liefern scheinen und entsprechend den Anforderungen der DRV Bund (2013b, 2016) in jeder orthopädischen Rehabilitation Berücksichtigung finden sollten. Ausgehend von diesen Studienergebnissen gingen Hampel et al. (2017) im Rahmen einer

quasi-experimentellen Multicenter-Studie der Frage nach, ob durch depressionsspezifische Inhalte im psychologischen Behandlungsangebot der VOR auch langfristige Verbesserungen der Depressivität erzielt werden können. Hampel et al. konzipierten ein psychologisches Gruppenkonzept, dass aus einer 4 x 90-minütigen Schmerzbewältigungsgruppe und einer 4 x 90-minütigen Depressionspräventionsgruppe bestand (Mohr et al. 2017). Unter Kontrollbedingungen wurde lediglich die Schmerzbewältigungsgruppe durchge-