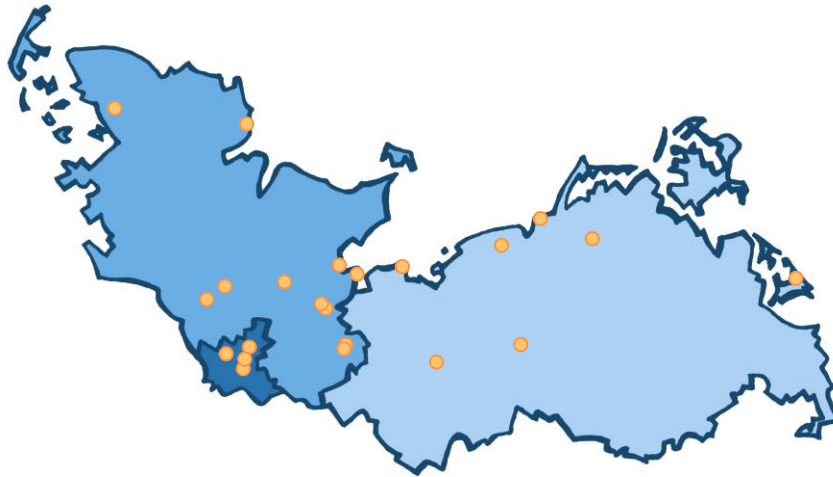




Rehab Science Spotlight

03/2021



Vorwort

Sehr geehrte Mitglieder,

die neue Ausgabe des Newsletters *Rehab Science Spotlight* ist da. Wir berichten in dieser Ausgabe über das Sozialmedizinische Kolloquium am 1. September 2021 und stellen Ihnen das Modellvorhaben GIBI „Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Integration“ vor. Außerdem fassen wir die wichtigsten Erkenntnisse zur Schätzung des weltweiten Rehabilitationsbedarfs auf Grundlage der Global Burden of Disease Study zusammen. In unserem Terminausblick haben wir einen interessanten Hinweis auf die 40. Jahrestagung des Arbeitskreises „Klinische Psychologie in der Rehabilitation“ des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen zum Thema „Schmerz und Reha“ für Sie.

Wir wünschen viel Freude beim Lesen des Newsletters!

Michael Stark
Vorstandsvorsitzender

Matthias Bethge
wissenschaftliches Sekretariat

Annika Sternberg
wissenschaftliches Sekretariat

Inhalt

Bericht vom Sozialmedizinischen Kolloquium am 01.09.2021	2
Modellvorhaben GIBI	3
Schätzung des weltweiten Rehabilitationsbedarfs	5
Termine	6

Bericht vom Sozialmedizinischen Kolloquium am 01.09.2021: Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

Am 01.09.2021 berichtete Dr. Gernot Langs, Ärztlicher Direktor der Schön Klinik Bad Bramstedt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, beim 143. Sozialmedizinischen Kolloquium mit über 80 Teilnehmer*innen über die Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen.

Psychosomatische Medizin als Fachdisziplin gibt es seit ungefähr 25 Jahren. Früher als psychotherapeutische Medizin bezeichnet, geht es um die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Erkrankungen, an deren Entstehung und Chronifizierung psychische und somatische Faktoren beteiligt sind. Voraussetzung für die Rehabilitationsbehandlung von Patient*innen in der Psychosomatik ist unter anderem, dass während des Rehabilitationsaufenthaltes keine häufigen Krisen auftreten oder zu erwarten sind, Suizidalität ausgeschlossen ist und keine intensiven psychotherapeutischen Behandlungen erforderlich sind. Für den Rehabilitationserfolg ist es wichtig, dass die Patient*innen eine ausreichende Motivation für die Rehabilitation entwickeln können.

Depressionen gehören zu den häufigsten diagnostizierten psychischen Erkrankungen. Aus den Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Erhebungszeitraum 2011-2013) geht eine Lebenszeitprävalenz von diagnostizierten Depressionen bei Erwachsenen (18-79 Jahre) von 11,6 % (Frauen: 15,4 %, Männer: 7,8 %) hervor. Die 12-Monats-Prävalenz beträgt 6,0 %. Am höchsten ist diese in den Altersgruppen der 50- bis 59-jährigen (8,4 %) und der 60- bis 69-jährigen Personen (7,9 %). Ergebnisse der World Health Survey 2003 verdeutlichen, dass Personen mit einer körperlichen und einer zusätzlichen depressiven Erkrankung über eine deutlich niedrigere Lebensqualität (gemessen mit dem Mean Health Score) verfügen als Personen ohne psychische Erkrankungen.

Die Deutsche Rentenversicherung hat Reha-Therapiestandards für depressive Störungen entwickelt, in der evidenzbasierte Therapiemodule definiert werden, die als Orientierung für den Rehabilitationsablauf dienen können. Auch Nachsorgeleistungen sind in den Therapiestandards integriert, um einen nachhaltigen Rehaerfolg zu unterstützen.

Das psychobiologische Depressionsmodell in der Verhaltensmedizin ist multimodal aufgebaut und beschreibt eine Kombination aus biologischen Faktoren, Vorerkrankungen, Entwicklungsfaktoren, sozialen Faktoren und interpersonellen Faktoren, die gemeinsam die psychobiologische Vulnerabilität von Patient*innen formen. Für den Rehabilitationsaufenthalt ist früh zu klären, in welcher Phase einer Depression sich jemand befindet. Wenn Personen eine erste Depressionsphase hatten, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie eine zweite Depression entwickeln. Darauf folgende Phasen einer Depression benötigen weniger Auslöser als die erste Phase. Bei einem Rehabilitationsaufenthalt müssen also frühere Depressionsphasen berücksichtigt werden, um z. B. Behandlung und Medikation darauf abstimmen zu können. Im Bereich der Entwicklungsfaktoren fällt bei Rehabilitand*innen in der psychosomatischen Rehabilitation häufig eine emotionale Verwahrlosung in der Kindheit und Jugend auf. Vor dem Hintergrund der aus den beschriebenen Faktoren resultierenden psychobiologischen Vulnerabilität kann sich durch bestimmte Ereignisse oder Belastungen eine Depression entwickeln.

Für die Behandlung in der psychosomatischen Rehabilitation wird eine Verhaltensanalyse erarbeitet. Dabei werden prädisponierende Faktoren (genetische Faktoren, der erlebte Erziehungsstil der eigenen Eltern, Erfahrungen in der Kindheit), auslösende Faktoren (Ereignisse am Arbeitsplatz oder im privaten Bereich) und aufrechterhaltene Faktoren (u. a. Angst vor Veränderungen) berücksichtigt.

In der Therapie ist vor allem das Tun wichtig. Viele Patient*innen haben am Anfang die Erwartung, dass sie Freude an Aktivitäten empfinden. Dies ist mit der Erkrankung aber häufig nicht möglich. Dennoch ist es wichtig, in das Tun zu kommen, um dann nach und nach wieder Freude zu empfinden. Sportliche Aktivitäten haben dabei einen sehr positiven Effekt auf die Stimmung der Patient*innen.

Bericht vom Sozialmedizinischen Kolloquium am 01.09.2021: Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

Ein wichtiger Aspekt in der Behandlung ist die Untersuchung der aufrechterhaltenden Faktoren. Es kommt vor, dass Patient*innen durchaus eine Veränderung in ihrem Alltag vornehmen wollen, das Umfeld aber nicht (z. B. der Arbeitgeber). Motivationale Faktoren können beeinflusst werden, wenn z. B. die finanziellen Konsequenzen der Beeinträchtigung besprochen werden. Für manche Patient*innen kann es motivierend wirken, wenn sie mit der finanziellen Realität konfrontiert werden, die sich aus der frühen Beantragung einer Erwerbsminderungsrente ergibt. Auch die Leitsatzarbeit ist ein zentraler Bestandteil der Rehabilitation. Die Patient*innen ermitteln dabei ihre erlernten und handlungsleitenden Leitsätze und erarbeiten Lösungsansätze. Viele Leitsätze lassen sich auch im Umgang der Rehabilitand*innen untereinander identifizieren.

Das in diesem Jahr letzte Sozialmedizinische Kolloquium endete mit zahlreichen spannenden Ergänzungen und Nachfragen. Das 144. Sozialmedizinische Kolloquium folgt im ersten Quartal des kommenden Jahres.

Dank rechtzeitiger Unterstützung arbeitsfähig bleiben – Modellvorhaben GIBI

Häufig stehen bei Mitarbeiter*innen mit gefährdeter beruflicher Teilhabe und in der betriebsinternen Kommunikation zunächst körperliche Beschwerden im Vordergrund. Die tatsächlich dahinterstehende Problematik ist jedoch oft vielschichtig. Um sie zu verstehen und bedarfsgerechte Interventionen ableiten zu können, ist ein ganzheitlicher Blick erforderlich. In Betrieben ist eine ganzheitliche Diagnostik zwar schwer umzusetzen, jedoch können Betriebsärzt*innen und das Fachpersonal des Betriebes die individuellen Anforderungen und Anpassungsmöglichkeiten des konkreten Arbeitsplatzes gut einschätzen. In Rehabilitationseinrichtungen ist eine intensive ganzheitliche Untersuchung durchführbar. Unser Modellvorhaben GIBI soll diese beiden Kompetenzen miteinander verbinden.



GIBI (<https://www.gibi-rehapro.de>) steht für **Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Integration** und wird im Bundesprogramm rehapro durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert. Im Modellvorhaben kooperieren die Deutsche Rentenversicherung Nord, das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck sowie drei Rehabilitationseinrichtungen, die die ganzheitliche Diagnostik durchführen. In der Fachklinik Aukrug, dem RehaCentrum Hamburg und dem Zentrum für ambulante Rehabilitation in Rostock ist jeweils eine Koordinatorin tätig, die ein Netzwerk zu umliegenden Betrieben aufbaut und die Durchführung von GIBI in den Einrichtungen koordiniert. GIBI ist im Januar 2020 gestartet und endet im Dezember 2024. Übergeordnetes Ziel ist die langfristige und nachhaltige Sicherung beruflicher Teilhabe der Teilnehmenden. GIBI richtet sich an Mitarbeiter*innen mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Hinweisen auf eine bedrohte berufliche Teilhabe. Das sind Betroffene, bei denen individuelle Leistungsfähigkeit und berufliche Anforderungen immer mehr auseinanderdriften, ohne dass der genaue Grund dafür klar ist.

Hinweise können Arbeitsunfähigkeitszeiten sein oder dass Betriebsärzt*innen, Vorgesetzte oder Mitarbeiter*innen sich Sorgen machen, dass der langfristige Verbleib im Betrieb aus gesundheitlichen Gründen gefährdet sein könnte. Passgenaue Interventionen sollen Betroffene so früh erreichen, sodass Chronifizierung und Desintegrationskarrieren noch verhindert werden können.

Dank rechtzeitiger Unterstützung arbeitsfähig bleiben – Modellvorhaben GIBI

Bei vorliegendem Interesse werden Betriebsärzt*innen zur Durchführung der Maßnahme informiert und geschult. Im Betrieb werden dann potenzielle Teilnehmende identifiziert und Erstgespräche zwischen Betriebsärzt*in und den Teilnehmenden geführt. In diesem Gespräch wird der Bedarf analysiert und eine genaue Tätigkeitsbeschreibung erstellt. Im weiteren Verlauf erhalten die Teilnehmenden ein zweitägiges ganzheitliches Assessment in einer der drei Rehabilitationseinrichtungen. Dort wird unter Beteiligung eines interdisziplinären Teams eine intensive ganzheitliche Diagnostik durchgeführt. Als Kernelement beinhaltet diese einen Abgleich zwischen aktueller Leistungsfähigkeit und Arbeitsplatzanforderungen. Erste Lösungsansätze werden zur Sicherung der beruflichen Teilhabe erarbeitet. Zurück im Betrieb werden mit den Betriebsärzt*innen in vier Nachsorgegesprächen die Ergebnisse des Assessments zeitnah besprochen sowie die Umsetzung der Lösungsansätze begleitet.



Zentrum für ambulante
Rehabilitation Rostock



RehaCentrum Hamburg GmbH



Fachklinik Aukrug

Das Modellvorhaben ist im Januar 2020 mit einer einjährigen Entwicklungsphase gestartet. In enger Zusammenarbeit mit den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen und unter Einbezug betriebsärztlicher Expertise wurden die Vorgehensweise abgesprochen sowie die Materialien zur Durchführung der Maßnahme entwickelt. Zudem wurden Betriebsärzt*innen zur Durchführung von GIBI geschult. Die Erprobungsphase ist Anfang 2021 gestartet. Ziel ist es, die Maßnahme an einer Fallzahl von 30 Personen zu erproben und anschließend die Prozesse und die Maßnahme final abzustimmen. Bisher wurde mit 13 Personen ein Erstgespräch durchgeführt. Acht Personen haben das ganzheitliche Assessment in einer der Rehabilitationseinrichtungen durchlaufen und befinden sich aktuell in der Nachbetreuung durch die Betriebsärzt*innen.

Nach erfolgreicher Erprobung wird ab 2022 eine randomisierte kontrollierte Studie mit Wartekontrollgruppe zur Bewertung der Wirksamkeit von GIBI durchgeführt. Insgesamt sollen 210 Personen an der randomisierten kontrollierten Studie teilnehmen. Für die vergleichende Prüfung der Wirksamkeit der Intervention werden Fragebogendaten zu zwei Erhebungszeitpunkten (Studieneinschluss und sechs Monate nach Erstbefragung) erhoben. Die primäre Zielgröße in den Analysen ist der Work Ability Score, der die derzeitige selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten je erreichten Arbeitsfähigkeit erfasst. Sekundäre Zielgrößen sind die körperliche und psychische Gesundheit sowie die berufliche Teilhabe (z. B. Arbeitsunfähigkeitstage).

Kontakt

Für weitere Informationen kontaktieren Sie gerne David Fauser vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck (E-Mail: davidpeter.fauser@uksh.de).

Cieza A et al. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021;396(10267): 2006-2017. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0

Die Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Studie 2019 (GBD-Studie) ist eine weltweite epidemiologische Beobachtungsstudie, die unter der Leitung des Institute for Health Metrics and Evaluation an der Universität von Washington durchgeführt wird. Die GBD-Studie untersucht Inzidenz, Prävalenz und Jahre mit Behinderung differenziert nach Alter, Geschlecht und Region für 354 Erkrankungen und 3483 Folgebeeinträchtigungen. Die Autor*innen der hier vorgestellten Studie haben auf Grundlage der Daten aus der GBD-Studie 2019 die Anzahl der Menschen bestimmt, die mindestens einmal im Verlauf ihrer Erkrankung von einer Rehabilitation profitieren würden. Zur Schätzung des Rehabilitationsbedarfs wurden die Prävalenz und die Anzahl der Lebensjahre mit Behinderung (years of life lived with disability, YLD) von 25 Erkrankungen und Beeinträchtigungen berechnet, die als rehabilitationsfähig eingestuft wurden. Zur Auswahl der berücksichtigten Erkrankungen wurden zunächst die 20 Beeinträchtigungen mit der höchsten Anzahl an Lebensjahren mit Behinderung identifiziert. In mehreren Schritten wurde diese von Rehabilitations-expert*innen diskutiert und um Erkrankungen reduziert und ergänzt. Die gewählten 25 Erkrankungen waren für 77 % der Gesamtanzahl an weltweiten Lebensjahren mit Behinderung verantwortlich.

Im Jahr 2019 litten weltweit 2,41 Milliarden Menschen an Erkrankungen, die von einer Rehabilitation profitieren würden. Das bedeutet, dass mindestens einer von drei Menschen im Laufe seines Lebens einen Rehabilitationsbedarf hat. Männer (1,19 Milliarden) und Frauen (1,22 Milliarden) hatten vergleichbar häufig einen Rehabilitationsbedarf. Bei Frauen war jedoch die Anzahl an Lebensjahren mit Behinderung höher als bei Männern (163 Millionen Jahre bei Frauen und 146 Millionen Jahre bei Männern). Insgesamt waren der Rehabilitationsbedarf und die Anzahl an Lebensjahren mit Behinderung bei Personen zwischen 50 und 70 Jahren am höchsten und bei Menschen über 95 Jahren am niedrigsten.

Den größten Beitrag zum Rehabilitationsbedarf lieferten Muskel-Skelett-Erkrankungen (1,71 Milliarden Menschen und 149 Millionen Lebensjahre mit Behinderung). Etwa zwei Drittel der über 1,6 Milliarden Personen zwischen 15 und 64 Jahren, die von einer Rehabilitation profitieren würden, waren von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems betroffen. Schmerzen im unteren Rückenbereich waren die häufigste Beeinträchtigung in dieser Gruppe. In 134 der untersuchten 204 Länder waren sie die häufigste Ursache für einen Rehabilitationsbedarf. Hör- und Sehverluste (677 Millionen Menschen und 45 Millionen Lebensjahre mit Behinderung) und neurologische Erkrankungen (255 Millionen Menschen und 51 Millionen Lebensjahre mit Behinderung) sowie neurologischen Erkrankungen (darunter am häufigsten der Schlaganfall) (86 Millionen Menschen und 18 Millionen Lebensjahre mit Behinderung) waren weitere häufige Ursache für einen Rehabilitationsbedarf.

In der Altersgruppe unter 15 Jahre hatten 162,3 Millionen Kinder einen Rehabilitationsbedarf. Sensorische Beeinträchtigungen, geistige Störungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats waren in dieser Altersgruppe für 91 % der Fälle verantwortlich. Bei Menschen über 65 Jahre verantworteten Erkrankungen des Bewegungsapparats, neurologische Störungen, sensorische Beeinträchtigungen und chronische Atemwegserkrankungen den größten Anteil des Rehabilitationsbedarfs.

Schätzung des weltweiten Rehabilitationsbedarfs mit Daten aus der Global Burden of Disease Study

Die Ergebnisse widersprechen der geläufigen Annahme, dass Rehabilitation nur von einer Minderheit benötigt wird. Wahrscheinlich wird der weltweite Rehabilitationsbedarf in der vorliegenden Studie noch unterschätzt, da für die Berechnungen lediglich 25 Erkrankungen berücksichtigt wurden und Personen mit leichteren Beeinträchtigungen oder altersbedingten Funktionseinbußen, die nicht auf eine spezifische Erkrankung zurückzuführen sind, ausgeschlossen wurden. Die Autor*innen weisen auf die Notwendigkeit hin, Menschen mit Rehabilitationsbedarf mit entsprechenden Maßnahmen besser zu erreichen. Rehabilitationsmaßnahmen müssen dazu besser in die Gesundheitsversorgung integriert werden und auch im Bereich der Primärversorgung einen höheren Stellenwert erhalten. Aufgrund der alternden Bevölkerung und der Zunahme nicht übertragbarer Erkrankungen werden zukünftig mehr Menschen einer Rehabilitation bedürfen. Diese sollte aus Sicht der Autor*innen möglichst wohnortnah erfolgen. Sie finden die Studie unter diesem Link:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33275908/>

Termine

Reha-Symposium 2021 unter dem Motto: Rehabilitation – Heute für morgen handeln am 29.11.2021 von 9:00-16:30 Uhr in Lübeck und Online

Anmeldung unter: <https://express.converia.de/frontend/index.php?sub=690>

40. Jahrestagung des Arbeitskreises „Klinische Psychologie in der Rehabilitation“ des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen am 12. und 13. November 2021

Die Jahrestagung findet in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Arbeitskreis „Schmerz und Reha“ der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung in diesem Jahr online statt.

Schmerz ist ein Themenbereich mit vielfältigen psychologischen Ansätzen und hoher Relevanz für die Arbeit in der Rehabilitation. Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Tumorschmerzen, Herzschmerzen, neuropathische Schmerzen, akute, postoperative und chronische Schmerzen, psychische und körperliche Schmerzen - welches diagnostische Inventar steht uns zur Verfügung? Welche therapeutischen Ansätze nutzen wir in den Rehakliniken und welche Settings verbessern den Therapieerfolg? Ausgewiesene Expertinnen und Experten aus Forschung, Praxis und Lehre berichten zum aktuellen Stand sowie über zu erwartende Entwicklungen. Online-Workshops bieten Vertiefungsmöglichkeiten zum Rahmenthema. Eigene Posterbeiträge können zudem **bis zum 15. Oktober** eingereicht werden. Das vollständige Programm und weitere Informationen finden Sie online unter <https://www.rehatagung.de/home>. Eine Anmeldung zur Jahrestagung ist ebenfalls über diesen Link möglich.

Impressum

Herausgeber:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e. V.

Redaktion:

Wissenschaftliches Sekretariat des vffr, Annika Sternberg, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck, Tel.: +49 451 9299-5117, Fax: +49 451 500-51204, annika.sternberg@uksh.de