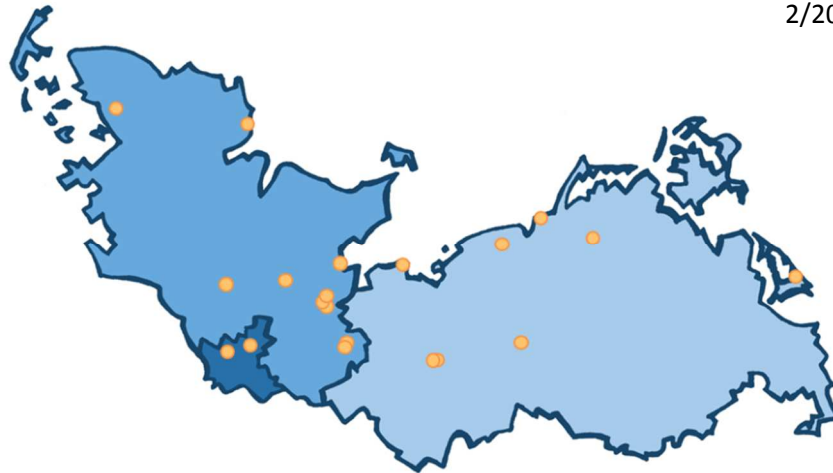




# Rehab Science Spotlight

2/2018



## Vorwort

Sehr geehrte Mitglieder,

wir freuen uns, Ihnen die zweite Ausgabe des Rehab Science Spotlight vorstellen zu können. In dem vierteljährlich erscheinenden Newsletter des vffr werden aktuelle rehabilitationswissenschaftliche Studien betrachtet und zusammengefasst. Zusätzlich berichten wir Ihnen von rehabilitationswissenschaftlichen Veranstaltungen, um Sie als Mitglieder des vffr stets über neue Entwicklungen aus der Forschung zu informieren.

Ganz besonders freuen wir uns, Ihnen in der vorliegenden Ausgabe von der im Juni erstmals durchgeführten neuen Veranstaltungsreihe „Reha-Innovationen in der Praxis“ berichten zu können. Die nächste Veranstaltung befindet sich bereits in Planung und wird Ende des Jahres stattfinden. Hierzu erhalten Sie zeitnah eine Einladung von uns.

Nun wünschen wir Ihnen aber erst einmal viel Freude mit dem neuen Newsletter und eine erholsame Ferienzeit

Michael Stark  
Vorstandsvorsitzender

Matthias Bethge  
wissenschaftliches Sekretariat

Miriam Markus  
wissenschaftliches Sekretariat

## Inhalt

Bericht: Reha-Innovationen in der Praxis in Bad Malente-Gremsmühlen .....	1
Trainingsprogramme und Patientenüberzeugungen bei Osteoarthritis .....	2
Bericht: Reha-Kolloquium in München .....	4
Prävalenz und Merkmale arbeitsplatzbezogener Ängste .....	5

## Reha-Innovationen in der Praxis am 13.06. in Bad Malente-Gremsmühlen

In der Versorgungsrealität entstandene und entwickelte Innovationen stehen im Zentrum der vom vffr neu entwickelten Veranstaltungsreihe, die seit diesem Jahr halbjährlich in den zum vffr gehörigen Gesundheits- und Rehabilitationszentren stattfindet. Die erste Veranstaltung fand unter dem Schwerpunkt der „Verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation“ am 13. Juni 2018 von 16.00 bis 18.00 Uhr in der Mühlenbergklinik - Holsteinische Schweiz in Bad Malente-Gremsmühlen statt.

## Reha-Innovationen in der Praxis am 13.06. in Bad Malente-Gremsmühlen

Eröffnet wurde die Veranstaltung von Prof. Dr. Eike Hoberg, Vorstandsmitglied des vffr und ärztlicher Direktor der Mühlenbergklinik - Holsteinische Schweiz. Er begrüßte alle anwesenden Teilnehmer aus Wissenschaft und Praxis und gab einen ersten Einblick in die Relevanz der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VOR).

Miriam Markus (Universität zu Lübeck und wissenschaftliches Sekretariat des vffr) stellte das Thema im ersten der insgesamt drei Vorträge aus wissenschaftlicher Sicht dar. Sie präsentierte die Entwicklung der VOR in Deutschland und unterstrich die Wichtigkeit eines solchen Rehabilitationsprogramms anhand aktueller Zahlen zur Häufigkeit psychischer Komorbidität bei verschiedenen primären Indikationen.

Anschließend stellte Dr. Martin Vogel (Mühlenbergklinik Bad Malente-Gremsmühlen) das verhaltensmedizinisch orientierte Konzept der Mühlenbergklinik in der Orthopädie vor. Auch er nahm noch einmal Bezug auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Patienten mit Muskel-Skelett-Erkrankungen und beschrieb die praktische Umsetzung des Rehabilitationsprogramms anhand verschiedener Beispiele.

PD Dr. Dieter Benninghoven (Mühlenbergklinik Bad Malente-Gremsmühlen) stellte das in der Mühlenbergklinik entwickelte verhaltensmedizinisch orientierte Konzept in der Kardiologie vor. Nach der Präsentation empirischer Befunde und der Entwicklung des Konzepts, zeigte Dr. Claudia China anhand einer praktischen Therapiesituation typische Probleme und Konstellationen auf, die im Rahmen der in das Konzept integrierten Akzeptanz- und Commitmenttherapie auftreten.

Nach einer abschließenden Diskussionsrunde mit allen Referenten und Teilnehmern schloss Prof. Dr. Hoberg die gelungene Veranstaltung mit der offenen Frage an die Anwesenden, wie sie sich das Format in Zukunft vorstellen. Da die Resonanz auf diesen ersten Termin sehr positiv ausfiel, wird die Veranstaltungsreihe in ähnlicher Form fortgeführt und soll Ende des Jahres unter einem neuen thematischen Schwerpunkt in einer weiteren zum vffr gehörigen Einrichtung stattfinden.

Termin und Thema der nächsten Veranstaltung werden zeitnah über die Homepage des vffr, den nächsten Newsletter sowie in einer persönlichen Einladung mitgeteilt. Für die Teilnahme wurden von der Ärztekammer Schleswig-Holstein drei Fortbildungspunkte vergeben.

## Trainingsprogramme und Patientenüberzeugungen bei Osteoarthritis von Knie- und/oder Hüftgelenk

Hurley, M., Dickson, K., Hallett, R., Grant, R., Hauari, H., Walsh, N., Stansfield, C., & Oliver, S. (2018). Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD010842.

**Zur Reduktion von chronischen Gelenkschmerzen werden Bewegung und körperliches Training empfohlen. Eine hohe Prävalenz weisen Knie- und Hüftschmerzen durch Arthrose auf. Diese führen jedoch nicht nur häufig zu körperlichen Einschränkungen, sondern haben auch verschiedene psychosoziale Belastungen zur Folge. Diese Übersichtsarbeit fasst die Effekte von körperlichen Trainingsprogrammen auf Schmerzen, körperliche Funktionsfähigkeit und psychosoziale Faktoren zusammen. Die betrachteten Studien wurden in Europa, Nordamerika, Asien und Australien/Ozeanien durchgeführt. Eingeschlossene Interventionen beinhalteten klinische (stationäre und ambulante) Einrichtungen, häusliches Eigentraining sowie Angebote in Freizeiteinrichtungen.**

## Trainingsprogramme und Patientenüberzeugungen bei Osteoarthritis von Knie- und/oder Hüftgelenk

Durch Arthrose bedingte Knie- und Hüftschmerzen entstehen durch den Verschleiß von Knochen und Knorpeln. Dies kann zu Steifigkeit und Schmerz führen. In der Folge kommt es nicht nur zu körperlichen Beeinträchtigungen, sondern häufig auch zu Ängsten, Depressionen, verminderter Lebensqualität und sozialen Problemen. Mit der systematischen Übersichtsarbeit verfolgten die Autoren das Ziel, den Einfluss von körperlichem Training auf psychische und somatische Zielkriterien zu erklären.

Eingeschlossen wurden 21 randomisierte kontrollierte Studien mit 2.372 Teilnehmern. Betrachtet wurden körperliche Trainingsinterventionen an Land oder im Wasser und deren Effekte auf Schmerz oder körperliche Funktionsfähigkeit und mindestens ein psychosoziales Zielkriterium (Selbstwirksamkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Lebensqualität). Teilnehmer waren Männer und Frauen mit Schmerzen und Steifigkeit in Knie oder Hüfte oder beidem im Alter von mindestens 45 Jahren. Zwölf weitere Studien wurden darüber hinaus für eine qualitative Synthese eingeschlossen. Aus diesen Arbeiten sollte die Patientensicht auf körperliche Trainingsprogramme zusammenfassend dargestellt werden. Dies schloss persönliche Erfahrungen und Überzeugungen ein.

Die Teilnahme an körperlichen Trainingsprogrammen führte im Vergleich zur Kontrollgruppe zu einer geringfügigen Verbesserung von Schmerzen um 1,2 Punkte (von 6,5 auf 5,3 Punkte auf einer Skala von 0 bis 20 Punkten) nach 45 Wochen und zu einer Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit um 5,6 Punkte (niedrigere Werte = Verbesserung) von 49,9 auf 44,3 Punkte auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten nach 41 Wochen. Auch psychosoziale Effekte körperlichen Trainings bei chronischen Knie- und Hüftschmerzen durch Arthrose konnten in der Übersichtsarbeit aufgezeigt werden. So erhöhte sich das Vertrauen der Teilnehmer in eigene Fähigkeiten nach 35 Wochen. In der gleichen Zeit verbesserte sich die Depressivität der Trainingsteilnehmer. Nach 24 Wochen machten sich die Teilnehmer der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe weniger Sorgen um sich selbst und profitierten nach 36 Wochen von einer besseren sozialen Interaktion.

Die Qualität der Evidenz war niedrig bis moderat. Die Teilnehmer wussten, dass sie trainierten, weshalb ihre Erwartungen sie möglicherweise beeinflusst haben. Die Studien waren außerdem heterogen. Sie unterschieden sich in ihrer Dauer, sodass nicht klar ist, ob die Veränderungen sich allmählich über den Studienverlauf entwickelten oder schnell erreicht wurden und konstant bestehen blieben. Auch der Messzeitpunkt nach Trainingsende unterschied sich zwischen den Studien. Es wurden keine Nebenwirkungen der körperlichen Trainingsprogramme berichtet.

In der qualitativen Synthese war die Qualität der Evidenz insgesamt hoch.

Die Teilnehmer waren zunächst von ihren Schmerzen aufgrund des Trainings irritiert. Vor Beginn der Interventionen waren die Teilnehmer der Ansicht, dass sich Bewegung positiv auf die Gesundheit der Gelenke und die empfundenen Schmerzen auswirkt. Da das Training aber anfangs Schmerzen auslöste, fürchteten die Teilnehmer daraufhin schädliche Auswirkungen der Bewegung. Durch unzureichende Informationen wurde körperliche Aktivität aus Angst vor negativen Folgen vermieden. Aus Patientensicht können Trainingsprogramme daher verbessert werden, indem zuvor ausreichend über den Nutzen und die Sicherheit informiert wird, indem die Übungen an die individuellen Präferenzen, Fähigkeiten und Bedürfnisse angepasst werden, indem Patienten zum Überdenken dysfunktionaler Gesundheitsüberzeugungen angeregt werden und indem sie insgesamt stärker unterstützt werden.

### Fazit

**Chronische Knie- und Hüftschmerzen beeinflussen alle Bereiche des täglichen Lebens. Patientenüberzeugungen hinsichtlich der Beschwerden beeinflussen persönliche Einstellungen und Schmerzbewältigungsstrategien. Viele Patienten sind unsicher, welche Ursachen die eigenen Schmerzen haben, da diese scheinbar zufällig auftreten. Ohne umfassende und fachkundige Informationen durch medizinisches Personal tendieren die Betroffenen dazu, Bewegung aus Angst vor negativen Folgen zu vermeiden. Die Autoren konnten in der Übersichtsarbeit zeigen, dass die Teilnahme an Trainingsprogrammen Schmerzen, die körperliche Funktionsfähigkeit und Depressivität verbessert. Auch das Vertrauen in eigene Fähigkeiten und die soziale Interaktion konnte durch körperliche Trainingsprogramme verbessert werden, wenngleich sich kein Effekt auf die Ängstlichkeit der Teilnehmer zeigte. Die Ergebnisse unterstreichen, dass Patienten mit Arthrose des Knie- und/oder Hüftgelenks von gezielten Trainingsprogrammen profitieren können. Durch das Bereitstellen von Informationen können Patienten in der Durchführung solcher Programme bestärkt werden.**

### Das 27. Reha-Kolloquium vom 26.02. bis 28.02. in München

Vom 26. bis zum 28. Februar fand das diesjährige Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium unter dem Leitbild „Rehabilitation bewegt!“ im Internationalen Congress Center in München statt. Mehr als 1.600 Teilnehmer aus Forschung und Praxis diskutierten über aktuelle rehabilitationswissenschaftliche Fragestellungen und Erkenntnisse. Eröffnet wurde das 27. Reha-Kolloquium von Gundula Roßbach, Präsidentin der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund. Um die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der Versicherten im Rahmen von Präventions-, Rehabilitations- und Nachsorgeleistungen langfristig zu erhalten oder wiederherzustellen, ist der Abbau von Bewegungsmangel eine zentrale Strategie der DRV, wie Frau Roßbach betonte. Um sowohl die Bedürfnisse als auch die Lebensverhältnisse der Versicherten in die Leistungsgestaltung einzubeziehen, hat die DRV Bund ihre Leistungen angepasst. Damit können sich Rehabilitanden bei Bedarf

im Rahmen von Nachsorgeleistungen ganz auf körperliches Training konzentrieren, um einen aktiven Lebensstil eigenverantwortlich fortführen und dauerhaft im Alltag integrieren zu können.

Außerdem begrüßten Gerhard Witthöft (Mitglied der Geschäftsführung der DRV Bayern Süd) und Michael Höhlenberger (Amtschef und Ministeraldirektor im Bayrischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales) die Teilnehmer. Christine Strobl (Bürgermeisterin der Stadt München) übermittelte ebenfalls Grußworte in einer Videobotschaft.

Ganz unter dem Themenschwerpunkt „Rehabilitation bewegt!“ standen die täglich stattfindenden Plenarvorträge. Die von Geburt an blinde, ehemalige Leistungssportlerin Verena Bentele betonte die Wichtigkeit, gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung auch im Bereich des Sports zu erzielen. Prof. Dr. Klaus Pfeifer, Professor für Sportwissenschaft an der Universität Erlangen-Nürnberg, referierte über bewegungstherapeutische Leistungen in der medizinischen Rehabilitation und Herausforderungen für eine nachhaltige Bewegungsförderung.



Über aktuelle Entwicklungen zur Förderung von körperlicher Aktivität auf internationaler Ebene berichtete Dr. Regina Guthold von der WHO in Genf. Ein „Globaler Aktionsplan für körperliche Aktivität 2018-2030“ (GAPPA) soll demnach allen Ländern konkrete Strategien und Aktionen zur Verminderung von Bewegungsmangel anbieten.

164 Vorträge und 59 Poster wurden im Rahmen verschiedener Sessions zu rehabilitationswissenschaftlichen Schwerpunktthemen präsentiert. Die Möglichkeit zum interdisziplinären Fachaustausch boten zudem 13 Diskussionsforen, in denen vor dem Hintergrund aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse Raum für Diskussionen zu relevanten Themen, wie zum Beispiel Wirksamkeitsnachweisen für Rehabilitationsleistungen, Fallmanagementansätzen und medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsprogrammen, bestand.

Das nächste Reha-Kolloquium findet als gemeinsame Veranstaltung zusammen mit dem Europäischen Kongress für Rehabilitationsforschung des European Forum for Research in Rehabilitation vom 15. bis zum 17. April 2019 in Berlin statt.

## Prävalenz und Merkmale arbeitsplatzbezogener Ängste bei medizinischen Rehabilitanden

Muschalla, B., & Jöbges, M. (2018). Prevalence and Characteristics of Work Anxiety in Medical Rehabilitation Patients: A Cross-Sectional Observation Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(1), 57-64.

**Arbeitsplatzbezogene Ängste beeinflussen die berufliche Funktionsfähigkeit und sind häufig mit langer Arbeitsunfähigkeit verbunden. Sie betreffen dabei nicht nur Patienten mit psychischen Störungen, sondern treten auch im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen auf. Ein entsprechender Fokus in Form von Diagnostik und Therapie arbeitsplatzbezogener Ängste ist daher auch in der medizinischen Rehabilitation sinnvoll. Die Autoren haben in dieser Studie die Häufigkeit (Prävalenz) arbeitsplatzbezogener Ängste bei verschiedenen somatischen Indikationen untersucht.**

Wie andere Ängste können auch arbeitsplatzbezogene Ängste in verschiedenen Erscheinungsformen auftreten. Unterscheiden lassen sich: a) berufliche Anpassungsstörungen, b) soziale Angst im Hinblick auf Kollegen oder Vorgesetzte, c) Situationsangst, die bestimmte Aufgaben oder Arbeitsplätze betrifft, d) arbeitsbedingte Angst vor Krankheiten, e) Angst, beruflich zu versagen, f) generalisierte arbeitsplatzbezogene Sorgen und g) Arbeitsplatzphobie.

In drei Rehabilitationseinrichtungen mit den Indikationen Kardiologie, Orthopädie und Neurologie wurden 1.610 Rehabilitanden im Alter von 18 bis 65 Jahren befragt. Ausgeschlossen wurden somatisch akut erkrankte, psychotische oder manische Rehabilitanden sowie Rehabilitanden, für die aus somatischen Gründen eine berufliche Wiedereingliederung zu Rehabilitationsbeginn nicht möglich erschien. Klinische Screeninginterviews zur Erfassung arbeitsplatzbezogener Ängste wurden drei bis fünf Tage nach Rehabilitationsbeginn durchgeführt. Zusätzlich füllten die Studienteilnehmer einen kurzen Screeningfragebogen zu arbeitsplatzbezogenen Ängsten aus. Bei einem positiven Ergebnis und der Angabe im Interview, unter arbeitsplatzbezogenen Ängsten zu leiden, wurde zusätzlich ein strukturiertes Interview (Work-Anxiety-Interview) durchgeführt. Alle Rehabilitanden, bei denen im Work-Anxiety-Interview arbeitsplatzbezogene Ängste diagnostiziert wurden (n = 393) wurden anschließend zu ihrem generellen Wohlbefinden, krankheitsbedingten Teilhabebeeinträchtigungen und spezifischer Arbeitsplatzphobie mittels Fragebogen befragt.

## Prävalenz und Merkmale arbeitsplatzbezogener Ängste bei medizinischen Rehabilitanden

Zur Kontrolle wurden zufällig ausgewählte Patienten, die in dem zuvor durchgeführten Screening keine arbeitsplatzbezogenen Ängste zeigten (n = 234), befragt.

Bei rund einem Fünftel bis einem Viertel aller Rehabilitanden konnten arbeitsplatzbezogene Ängste diagnostiziert werden (Kardiologie: 20,0 %; Orthopädie: 23,4 %, Neurologie: 27,5 %). Orthopädische Rehabilitanden hatten im Mittel mehr arbeitsplatzbezogene Angstdiagnosen als Rehabilitanden in den anderen beiden Indikationsbereichen (Kardiologie: 1,4; Orthopädie: 2,1; Neurologie: 1,7). Sie stellten außerdem die meisten Rentenanträge (Kardiologie: 3,9 %; Orthopädie: 13,2 %; Neurologie: 5,4 %), hatten die längsten Arbeitsunfähigkeitszeiten (Kardiologie: 8,1 Wochen; Orthopädie: 20,6 Wochen; Neurologie: 7,9 Wochen) und empfanden den Arbeitsplatz häufiger als ursächlich für die gesundheitlichen Probleme (Kardiologie: 46,1; Orthopädie: 61,2; Neurologie: 41,0; Range: 0 – 100). Ein Drittel aller Rehabilitanden mit arbeitsplatzbezogenen Ängsten hat keine darüber hinausgehende komorbide psychische Störung.

Rehabilitanden mit arbeitsplatzbezogenen Ängsten haben im Vergleich zu Rehabilitanden ohne arbeitsplatzbezogene Ängste häufiger einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt, haben längere Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Antritt der Rehabilitation und sehen ihren Arbeitsplatz häufiger als Auslöser für ihre gesundheitlichen Probleme an. Sie haben außerdem signifikant stärkere arbeitsplatzbezogene Angstsymptome, stärkere Teilhabebeeinträchtigungen und ein geringeres allgemeines Wohlbefinden.

### Fazit

**Arbeitsplatzbezogene Ängste treten auch unabhängig von komorbiden psychischen Störungen in der somatischen Rehabilitation auf. Eine spezifische Diagnostik und ein entsprechender Fokus auf erwerbsbezogene Probleme sind daher auch in der somatischen Rehabilitation wichtig. Dies betrifft insbesondere die orthopädische Rehabilitation. Auch wenn Rehabilitanden in diesem Indikationsbereich nicht häufiger von arbeitsplatzbezogenen Ängsten betroffen waren, leiden diese am stärksten unter den Folgen. Die Prävalenz arbeitsplatzbezogener Ängste dürfte in der vorliegenden Studie sogar unterschätzt werden, da ausschließlich anfangs positiv gescreente Personen diagnostiziert wurden, falsch negativ gescreente Personen blieben unberücksichtigt.**

**Arbeitsplatzbezogene Ängste bedürfen nach Meinung der Autoren eine entsprechende Kodierung (F41.8, F43.2 oder F40.8) und sollen nicht als andere Störungen, wie z. B. Agoraphobie, deklariert werden. Insbesondere Rehabilitationsärzte sollten für arbeitsplatzbezogene Ängste sensibilisiert sein, um entsprechende therapeutische Maßnahmen einleiten zu können.**

## Impressum

Herausgeber:

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

Redaktion:

Wissenschaftliches Sekretariat des vffr

Miriam Markus  
Universität zu Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
23562 Lübeck

Tel.: +49 451 500-51287  
Fax: +49 451 500-51204

miriam.markus@uksh.de