



## 6. Reha-Symposium

# Von der Reha-Forschung zur Reha-Praxis

10.-11. November 2011

Klinik Höhenried, Bernried am Starnberger See

## ◆ Abstracts zu den Vorträgen ◆

<b>Titel des Vortrages</b>	<b>Referent/in</b>	<b>Seite</b>
Aktuelle Ansätze in der Reha-Forschung	Hermann Faller	3
10 Jahre ICF – Eine Bestandsaufnahme für die medizinische Rehabilitation	Thomas Ewert	4
Rehabilitation und Pflege	Elke Hotze	5
Die Reha-Therapiestandards der DRV Bund am Beispiel der Koronaren Herzkrankheit – Philosophie, Entwicklung, Ergebnisse	Silke Brüggemann	6
Evidenzbasierung der kardiologischen Rehabilitation und Beitrag der DRV-Therapiestandards aus klinischer Sicht	Bernhard Schwaab	7
Evaluiert – und nun? Das Disseminationsprojekt Curriculum Rückenschule	Karin Meng	8
Einführung motivational-volitionaler Interventionen in der stationären rehabilitativen Sport- und Bewegungstherapie	Gorden Sudeck	9
Umsetzung arbeits- und berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation	Christian Gerlich	10
Das kardiologische Frauenprogramm in der Klinik Höhenried: Forschung und praktische Erfahrungen	Ursula Härtel, Christine Tschampa, Kathrin Karau, Evelyne Michael-Bach	11



# Aktuelle Ansätze in der Reha-Forschung

Hermann Faller

Universität Würzburg

Reha-Forschung und Reha-Praxis profitieren voneinander. In diesem Beitrag werden neue Ideen und Konzepte vorgestellt, die in der Rehabilitationswissenschaft gerade aktuell sind. Ziel ist es, den Nutzen dieser Konzepte für die Rehabilitationspraxis zu diskutieren. Die vorgestellten Ansätze betreffen das Menschenbild, didaktische Methoden, theoretische Modelle der Verhaltensänderung und die Messung des Rehabilitationserfolgs.

In den letzten Jahren hat das Konzept des Empowerment eine immer größere Bedeutung gewonnen. Empowerment wird definiert als ein Prozess, in welchem ein kranker Mensch – in Kooperation mit professionellen Experten – Kompetenzen (Wissen, Motivation, Einstellungen, Fertigkeiten) erwirbt, mit dem Ziel, ihn dazu zu befähigen, informierte, selbstbestimmte Entscheidungen hinsichtlich seiner Gesundheit zu treffen. Empowerment impliziert das Bild eines mündigen, selbstverantwortlichen Rehabilitanden, der daran interessiert ist, seinen Gesundheitszustand zu fördern. Wie realistisch ist dieses Menschenbild? In welchem Umfang und in welcher Weise wollen Rehabilitanden den Reha-Prozess mitgestalten? Fördern oder behindern die institutionellen Bedingungen in einer Reha-Klinik das Empowerment?

Patientenschulungen stellen einen wichtigen Baustein der medizinischen Rehabilitation dar. Empowerment ist eines ihrer übergeordneten Ziele. Um die Eigeninitiative der Schulungsteilnehmer zu fördern, werden interaktive, patientenorientierte didaktische Methoden gefordert. Auch bei der Auswahl der Schulungsthemen sollen die Patienten mitwirken. Lässt sich das in der Schulungspraxis verwirklichen? Sind sowohl die Schulungsteilnehmer als auch die Schulungsleiter dazu motiviert?

Schulungen streben Verhaltensänderungen an, die nach der Reha-Maßnahme zu Hause aufrechterhalten werden sollen. Als Einflussfaktoren langfristiger Verhaltensänderungen werden in komplexen theoretischen Modellen neben der Vorsatzbildung auch motivationale Faktoren betrachtet, die die Umsetzung des neuen Verhaltens im Alltag fördern sollen. Hierzu gehören Selbstwirksamkeitserwartungen und Implementierungsintentionen. Empirisch lassen sich diese Modelle aber häufig nur teilweise bestätigen, und der Anteil an Varianz im Zielverhalten, der durch diese Modelle erklärt wird, ist eher klein. Werden wichtige Einflussfaktoren übersehen?

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein wichtiges patientenbezogenes Ergebniskriterium zur Evaluation des Rehabilitationserfolgs. Hierbei werden in der Regel zwei Messungen der Lebensqualität im Rehabilitationsverlauf vorgenommen. Wenn sich jedoch zwischen den zwei Messungen der innere Beurteilungsmaßstab des Rehabilitanden ändert (Response shift), steht die Vergleichbarkeit der beiden Messungen in Frage. Verbessert sich die Lebensqualität, lässt sich nicht unterscheiden, ob sich der Gesundheitszustand des Patienten tatsächlich verbessert hat oder ob dieser lediglich sein Anspruchsniveau herabgesetzt hat. Umgekehrt kann bei einer Verschlechterung der Lebensqualität nicht unterschieden werden, ob sich der Gesundheitszustand tatsächlich verschlechtert hat oder ob der Betroffene diesen nur kritischer beurteilt. Inzwischen existiert ein Analyseverfahren, das es erlaubt, die beiden genannten Einflussfaktoren, wahre Veränderung und Response shift, zu unterscheiden. Welche Bedeutung haben der Response shift und seine Quantifizierung für die Ergebnismessung in der Reha-Praxis?

Reha-Forschung und Reha-Praxis sind aufeinander angewiesen. Deshalb stellt sich die Frage, auf welche Weise die theoretischen Konzepte für die Reha-Praxis fruchtbar gemacht werden können, aber auch umgekehrt, auf welche Weise theoretische Konzepte von Erfahrungen aus der Reha-Praxis profitieren können.

*Korrespondenzadresse:*

Prof. Dr. Dr. Hermann Faller

Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Klinikstraße 3, 97070 Würzburg  
h.faller@uni-wuerzburg.de

## 10 Jahre ICF - Eine Bestandsaufnahme für die medizinische Rehabilitation

Thomas Ewert

LMU München

Im Mai 2001 wurde von der 54. Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für den weltweiten Gebrauch verabschiedet (WHA54.21).

Damit steht zum ersten Mal eine weltweit gültige Klassifikation der Funktionsfähigkeit zur Verfügung. Auch wenn bis zu der offiziellen deutschen Übersetzung noch einige Jahre vergingen, so hat die ICF in vielen Bereichen in der Rehabilitation ihre Spuren hinterlassen. Die letzten 10 Jahre haben einiges an interessanten und für die Zukunft wichtigen Projekten und Entwicklungen hervorgebracht.

In den letzten Jahren ist die Verbreitung der ICF in Deutschland weiter vorangeschritten, ihre Akzeptanz als konzeptioneller Rahmen hat sich gefestigt. Vor allem in der medizinischen Rehabilitation, Sozialmedizin und Pflege ist die Bezugnahme auf das „Modell“ der ICF nahezu als selbstverständlich anzusehen. Dieses kann sicherlich auch auf den Einfluss von Gesetzen, untergesetzlichen Normen und Richtlinien bzw. Vorgaben der Leistungsträger zurückgeführt werden. Auf der Gesetzesebene ist der deutliche Einfluss auf das SGB IX zu erwähnen, welches mit der Ausrichtung auf die Teilhabe einen wichtigen Impuls für die medizinische Rehabilitation geleistet hat. In Bezug auf die GKV getragenen Rehabilitationsleistungen ist der Beschluss des GBA und das Formblatt 61 zu erwähnen. Auf Seite der Rentenversicherung wird die ICF ebenfalls für das Antragsverfahren und die Berichterstattung der Leistungserbringer vorgesehen. Die Vorgaben der Rentenversicherung sind dabei deutlich offener gehalten als die der GKV.

Die wissenschaftlichen Veröffentlichungen zur ICF konzentrierten sich international auf die Zeitschriften „Disability and Rehabilitation“ und „Journal of Rehabilitation Medicine“. In Deutschland zählen „Die Rehabilitation“, „Das Gesundheitswesen“ und „Physikalische Medizin - Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin“ zu den Zeitschriften in denen ICF bezogene Beiträge häufiger erscheinen. Thematische Schwerpunkte sind: ICF-Core-Sets, Entwicklung von ICF basierten Messverfahren und die Nutzung der ICF um Rehabilitationsprozesse zu steuern.

Viel schwieriger ist es, umfassende Informationen zu konkreten Anwendungsprojekten zu erlangen. Zwar gibt es eine Website des DIMID (Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation), welches ICF Projekte auflistet. Jedoch ist diese Auflistung in Teilen veraltet und nicht vollständig. Eine bundesweite Gelegenheit Projekte vorzustellen und zu diskutieren bietet die jährliche Nationale ICF Anwenderkonferenz. Anhand der Präsentationen auf den Anwenderkonferenzen wird deutlich, dass die Ansätze die ICF in der medizinischen Rehabilitation anzuwenden nach wie vor sehr individuell gestaltet sind und damit zum Teil auch Divergenzen aufweisen. Es fehlt nach wie vor eine koordinierende oder zusammenfassende Gesamtstrategie für den deutschsprachigen Raum.

Als praktikable Anwendungsmöglichkeiten stehen beispielsweise die Verwendung des ICF Modellblattes zur Verfügung und die Anwendung von ICF-Kurzlisten (bzw. ICF-Core-Sets).

Ausblick: Momentan wird seitens der WHO der ICF Update-Prozess durchgeführt. Der Update-Prozess sieht im Vergleich zu einer Revision keine strukturelle bzw. inhaltliche Revision der ICF vor, sondern lediglich begrenzte Anpassungen auf der Grundlage bisheriger Erfahrungen mit zwei Abstufungen (sog. Minor und Major Updates). Ein wichtiges Feld der anwendungsorientierten Forschung wird die Entwicklung von weiteren ICF basierten Instrumenten zur Erfassung der Funktionsfähigkeit sein. Nach der Entwicklung etlicher ICF-Core-Sets und anderer Kurzlisten, stellt sich zunehmend die Frage, wie diese praktikabel in die Versorgungspraxis integriert werden können.

### *Korrespondenzadresse:*

Dr. Thomas Ewert, Sprecher der AG ICF der DGRW  
Kirchplatz 5, 85570 Ottenhofen  
E-Mail: Thomas.Ewert@web.de

## Rehabilitation und Pflege

Elke Hotze

Hochschule Osnabrück

An der sektoralen Struktur unseres Gesundheitssystems orientiert und unter der sozialrechtlichen Prämisse betrachtet stellt sich das Verhältnis der beiden Konzepte Rehabilitation und Pflege zunächst recht eindeutig dar. Im Sozialgesetzbuch gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ (SGB V § 11, SGB XI § 31). Demnach bildet die Pflege nach einer gescheiterten Rehabilitation das Schlusslicht einer Behandlungskette. Führt man sich demgegenüber die Definition von Pflege durch die American Nurses Association vor Augen, nach der Pflege unabhängig von ihrer Verortung im Gesundheitssystem „die Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf aktuelle und potentielle Gesundheitsprobleme“ darstellt, wird deutlich, dass zwischen Pflege und Rehabilitation sehr wohl ein konzeptioneller Zusammenhang besteht, der der Pflege eine bedeutungsvolle Rolle im Rahmen des Rehabilitationsprozesses zuweist. Diese (mögliche) Bedeutung wurde lange Zeit weder in der Rehabilitations- noch in der Pflegewissenschaft aufgegriffen und konzeptionell bearbeitet. Aufgabenbeschreibungen der Pflege in der Rehabilitation zeichneten sich häufig durch Diffusität aus bzw. degradierten die Pflegekräfte zu reinen Zuarbeitern anderer Berufsgruppen. Zudem stellt der stationäre Rehabilitationsbereich zwar einen traditionellen Arbeitsplatz für Pflegekräfte dar, dieser war in der Vergangenheit jedoch oftmals eher ein Arbeitsplatz „zweiter Wahl“.

Im Vortrag wird die Situation der Pflegekräfte in der Rehabilitation problematisiert. Konzeptionelle Vorstellungen aus der Pflegewissenschaft werden vorgestellt und die mögliche Rolle der Pflege im interdisziplinären Team in der Rehabilitation skizziert.

### *Korrespondenzadresse:*

Prof. Dr. Elke Hotze  
Hochschule Osnabrück  
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Postfach 1940  
49009 Osnabrück  
0541/9693174  
e.hotze@hs-osnabrueck.de

# **Reha-Therapiestandards der DRV Bund am Beispiel der Koronaren Herzkrankheit - Philosophie, Entwicklung, Ergebnisse**

Silke Brüggemann

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Die Reha-Therapiestandards (RTS) der Deutschen Rentenversicherung sind standardisierte Therapievorgaben für die medizinische Rehabilitation, die als Teil der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung konzipiert wurden. Sie haben das Ziel, die rehabilitative Behandlung auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage zu stellen. Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung wird regelmäßig geprüft, inwieweit die durchgeführten medizinischen Rehabilitationen den Vorgaben entsprochen haben. Die Ergebnisse dieser Auswertungen werden den Reha-Einrichtungen in Form der Berichte zur Reha-Qualitätssicherung übermittelt.

Reha-Therapiestandards existieren mittlerweile für neun verschiedene Indikationen. Die RTS Koronare Herzkrankheit waren dabei die erste Indikation, für die Standards entwickelt wurden – damals noch unter dem Begriff der Reha-Leitlinie.

Das Vorgehen bei der Entwicklung der RTS der verschiedenen Indikationen war weitgehend einheitlich. Alle Reha-Therapiestandards bestehen aus mehreren evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM), die auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse erstellt und im Expertenkonsens ausgestaltet wurden. Für jedes ETM wurde ein Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitandinnen und Rehabilitanden festgelegt, der als Indikator für die Einhaltung der Vorgaben wirkt, wodurch Rückschlüsse auf die Prozess- und Versorgungsqualität in der Rehabilitation möglich sind.

Die Reha-Therapiestandards Koronare Herzkrankheit umfassen insgesamt 14 ETM aus den Bereichen Bewegung, Edukation, Ernährung, Psychologie sowie Sozialarbeit. Der Erfüllungsgrad der ETM im Zeitverlauf erweist sich als erstaunlich konstant. Deutliche Unterschiede bestehen zwischen den verschiedenen Einrichtungen.

## *Korrespondenz:*

Dr. Silke Brüggemann

Referat Weiterentwicklung der Rehabilitation

GB 0422/R 4004

Deutsche Rentenversicherung Bund

10704 Berlin

Tel.: 030 865 36863

Fax: 030 865 79 20082

Email: [silke.brueggemann@drv-bund.de](mailto:silke.brueggemann@drv-bund.de)

## Evidenzbasierung der kardiologischen Rehabilitation und Beitrag der DRV-Therapiestandards aus klinischer Sicht

Bernhard Schwaab

Klinik Höhenried, Bernried

Die Ziele der kardiovaskulären Rehabilitation beinhalten neben der Optimierung der Sekundärprävention zur Reduktion von Morbidität und Mortalität auch die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität sowie die Wiedereingliederung in das soziale und Erwerbsleben. Dazu sind multimodale Interventionen auf somatischer, psychologischer, edukativer sowie der sozialen Ebene durch ein interdisziplinäres Team erforderlich.

In 4 Kohortenstudien aus Deutschland konnte die kardiologische Anschlussheilbehandlung an 10.758 Patienten mit akutem Myokardinfarkt und nach Bypass-Operation die Gesamtmortalität, die Reinfarktrate und die Hospitalisierung im Verlauf von 1-2 Jahren signifikant reduzieren. Diese Ereignisreduktion gelang zusätzlich zu einer interventionellen Akuttherapie und einer Evidenz basierten medikamentösen Sekundärprävention. Erstmals wurde 2004 von Baessler et al. (n=1.177) gezeigt, dass 3 Wochen AHB zu einer signifikanten Reduktion der Reinfarktrate im Verlauf von 2 Jahren führen (RR 0,59 (95% CI: 0,40 – 0,93) p<0,02). Im Rahmen des ACOS Registers (n=4.547) konnte die Gesamtmortalität durch die AHB für Patienten mit STEMI (0,41 (0,28 – 0,60) p<0,001) und NSTEMI (0,53 (0,38 – 0,76) p<0,001) signifikant gesenkt werden. Diese Effekte waren auch in den Subgruppen Alter > 70 Jahre (0,44 (0,27 – 0,71) p<0,001), mit Typ 2 Diabetes mellitus (0,36 (0,21 – 0,64) p<0,001) und mit LV-EF <40% (0,27 (0,15 – 0,52) p<0,001) sowie bei Patienten mit NSTEMI, die erst später als 48 h nach Symptombeginn revaskularisiert worden waren (0,39 (0,22 – 0,67) p<0,001), nachweisbar. In einer weiteren Kohortenstudie zur kardiologischen AHB bei 1.474 Patienten mit Koronarer Herzkrankheit lag die number needed to treat (NNT) zur Verhinderung eines primären kombinierten Endpunktes (Mortalität, Myokardinfarkt, Revaskularisation, Hospitalisation) im Verlauf von 12 Monaten bei 17 (ARR 0,061), die NNT zur Verhinderung eines Myokardinfarktes lag bei 49 (ARR 0,020). In einer ganz aktuellen Studie (n=3.560) wurden Patienten über 70 Jahre sowie mit NSTEMI signifikant seltener in eine AHB verwiesen. Wie bereits in den Voruntersuchungen konnte auch hier die Gesamtmortalität (0,29 (0,19-0,46) p<0,0001) signifikant gesenkt werden. Diese Effekte waren auch bei Patienten >70 Jahre sowie nach STEMI und NSTEMI nachweisbar. Daher ist es nicht gerechtfertigt, älteren und NSTEMI-Patienten eine kardiologische AHB vorzuenthalten.

Zusammenfassend sollte die kardiologische Rehabilitation bei Patienten mit KHK integraler Bestandteil jeder Versorgung sein, die sich am dauerhaften Therapieerfolg orientiert. Die individuelle Ausrichtung der rehabilitativen Maßnahmen auf spezielle Patientengruppen und Indikationen könnte den Erfolg der Intervention weiter steigern. Wünschenswert wäre die Evidenz der kardiologischen Rehabilitation in Deutschland auch durch einen RCT abzusichern.

### *Korrespondenzadresse:*

Prof. Dr. Bernhard Schwaab  
Klinik Höhenried gGmbH  
82347 Bernried  
bernhard.schwaab@hoehenried.de

## **Evaluert – und nun? Das Disseminationsprojekt Curriculum Rückenschule**

Meng, K. (1), Schultze, A. (1), Peters, S. (2), Pfeifer, K. (2), Faller, H. (1)

(1) Universität Würzburg, (2) Universität Erlangen-Nürnberg

Ein Ansatz zur Förderung einer patientenorientierten Schulungspraxis in der medizinischen Rehabilitation ist die Dissemination evaluierter Schulungsprogramme. Studien zeigen, dass deren Implementierung eine Herausforderung für die Klinikroutine darstellt und häufig auch nicht vollständig gelingt (u. a. Brandes et al., 2008). Programme werden nur zum Teil implementiert bzw. modifiziert, was deren Effektivität in der Routine in Frage stellt.

Eine Zielsetzung von Implementierungsforschung ist es, effektive Strategien zur Dissemination von Forschungsergebnissen oder evidenzbasierter Behandlung in die Routineanwendung zu entwickeln. Aufgrund der Komplexität der erforderlichen Veränderungen liegen aktuell keine auf verschiedene Inhalte/Programme und Settings übertragbaren Effektivitätsaussagen vor (u. a. Grimshaw et al., 2004). Multiple Interventionen, die bestehende Barrieren berücksichtigen, und ein theoriebasiertes Vorgehen werden empfohlen. Systematische Studien zum Vergleich von Implementierungsstrategien und zum Nachweis der Wirksamkeit in der Routineanwendung stehen für Schulungsprogramme in der medizinischen Rehabilitation weitgehend aus. Diese Fragestellungen werden im Projekt „Patientenorientierte Schulungspraxis in der orthopädischen Rehabilitation durch Dissemination eines evaluierten Schulungsprogramms“<sup>1</sup> systematisch für das Curriculum Rückenschule (Meng et al., 2009) untersucht.

Ziel des Projektes ist (A) die Prüfung der Wirksamkeit und Kosten von Implementierungsstrategien zur Dissemination eines Schulungsprogramms „Curriculum Rückenschule“ (implementation effectiveness) sowie (B) die Evaluation der Schulungswirksamkeit in der Routineanwendung (effectiveness) in Bezug auf eine patientenorientierte Schulungspraxis, den Patientenoutcome sowie die Kosteneffektivität (efficiency).

Durchgeführt wird eine Effectiveness-Studie (B) mit integrierter Disseminationsstudie (A):

(A) Disseminationsstudie in 10 Rehabilitationskliniken (Trainer, Patienten, Schulungen) mit quantitativer und qualitativer Struktur- und Bedarfsanalyse, Prozess- und Ergebnisforschung.

(B) Multizentrische, quasi-experimentelle Kontrollgruppenstudie mit 4 Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6- und 12-Monats-Katamnese) und 540 Rückenschmerzpatienten.

### **Literatur**

Brandes, I., Bönisch, A., de Vries, U., Ehlebracht-König, I., Petermann, F., Krauth, C. (2008). Modellhafte Einführung von Patientenschulungsprogrammen in der Rehabilitation. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 18, 344-348.

Grimshaw, J., Thomas, R., MacLennan, G., et al. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8, 1-72.

Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H., Worrigen, U., Faller, H., Vogel, H. (2009). Entwicklung eines standardisierten Rückenschulungsprogramms für die orthopädische Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48, 335-344.

### **Kontakt**

Dr. rer. nat. Karin Meng

Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften

Klinikstr. 3, 97070 Würzburg

Tel: 0931-31-82074, Fax: 0931-31-86080

E-Mail: k.meng@uni-wuerzburg.de

---

<sup>1</sup> gefördert in der zweiten Förderphase zur Förderung der versorgungsnahen Forschung im Bereich „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, die Deutsche Rentenversicherung, die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und den Verband der privaten Krankenversicherung



# Einführung motivational-volitionaler Interventionen in der stationären rehabilitativen Sport- und Bewegungstherapie

Gorden Sudeck

Universität Tübingen

Für die Nachhaltigkeit der Sport- und Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation ist die Bindung an eigenständig durchgeführte körperlich-sportliche Aktivitäten im Alltag eine unverzichtbare Aufgabe, um kurzfristig erreichte (physische) Funktionsverbesserungen stabilisierend auszubauen und das weitere psychosoziale Gesundheitspotenzial sportlicher Aktivitäten anzuvisieren (Pfeifer, Sudeck, Brüggemann & Huber, 2010). Die sportpsychologische Forschung hat für die Förderung von sportlichen Aktivitäten z. B. mit dem VIN-CET-Konzept (Sudeck, 2006) und dem MOVO-LiSa-Konzept (Göhner & Fuchs, 2007) Interventionskonzepte für die (stationäre) Rehabilitation entwickelt und deren Wirksamkeit zur Förderung körperlich-sportlicher Aktivitäten in wissenschaftlichen Evaluationsstudien aufgezeigt. In einer weiteren Implementationsstudie wurde auf Basis der beiden oben benannten Interventionskonzepte ein motivational-volitionales Interventionsprogramm entwickelt und auf die Bedürfnisse einer Rehabilitationsklinik angepasst. Dazu wurden die bestehenden Klinikressourcen zum Ausgangspunkt der Implementation gemacht, um einen weitestgehend partizipativen Ansatz in der Vorbereitung der Implementation zu verfolgen. Die Evaluation zielte auf die Bewertung der Implementation des neuen Therapiemoduls ab. Dazu wurden u.a. qualitative Interviews mit den Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt, um die Akzeptanz und die Durchführbarkeit der Intervention unter alltagspraktischen Bedingungen zu beleuchten. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der bisherigen Evaluationen zur Implementation von motivational-volitionalen Interventionsprogrammen zur Förderung körperlich-sportlicher Aktivitäten zusammengetragen. Zentrale Aspekte betreffen hierbei die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit, das Anpassungspotenzial bestehender Programme auf die Bedürfnisse einzelner Rehabilitationskliniken, den Beratungs- und Schulungsbedarf sowie das weitere Optimierungspotenzial der spezifischen Interventionskonzepte.

## Literatur

- Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S. & Huber, G. (2010). Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität und Perspektiven. *Die Rehabilitation*, 49, 224-236.
- Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). *Änderung des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Sudeck, G. (2006). *Motivation und Volition in der Sport- und Bewegungstherapie*. Hamburg: Czwalina.

## Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Gorden Sudeck  
Eberhard Karls Universität Tübingen  
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät  
Institut für Sportwissenschaft  
Arbeitsbereich Bildungs- und Gesundheitsforschung im Sport  
Wilhelmstr. 124  
72074 Tübingen  
Fon: 07071/29-76039  
E-Mail: gorden.sudeck@uni-tuebingen.de

## **Umsetzung arbeits- und berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation**

Christian Gerlich, Stefan Löffler, Matthias Lukasczik, Hans-Dieter Wolf, Silke Neudert

Universität Würzburg

Arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen sind zum einen Standardangebote in der medizinischen Rehabilitation. Darüber hinaus ergänzen sie spezifisch für die Zielgruppe der Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen die herkömmlichen Therapieangebote. Arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen sind vor dem Hintergrund der verstärkten Ausrichtung des Rehabilitationsgeschehens auf den Lebensbereich Arbeit und Beruf zu sehen. Der Konstellation umwelt- und personenbezogener Faktoren kommt dabei erhöhte Aufmerksamkeit zu, so dass in der medizinischen Rehabilitation gezielter auf die individuelle Problemlage eingewirkt wird.

Die Entwicklungslinie arbeits- und berufsbezogener Maßnahmen verläuft parallel in der Versorgungspraxis und rehabilitationswissenschaftlichen Forschung. So sind in den letzten Jahren zum einen eine Vielzahl arbeits- und berufsbezogener Behandlungsangebote konzipiert und erprobt worden. Zum anderen sind Screening-Instrumente entwickelt worden, die geeignet sind die Zielgruppe der Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen zu identifizieren. Aktuell wird ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung evaluiert. Der Stand dieser Entwicklungen ist in einem Praxishandbuch und einer Homepage ([www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de)) zusammengefasst. Die Behandlungskonzepte werden in fünf Kerngruppen unterteilt dargestellt:

- Belastungserprobung
- Arbeitstherapie
- Arbeits- und berufsbezogene Einzelberatung
- Gruppen mit arbeits- und berufsbezogenen Themen
- Zusammenarbeit mit externen Institutionen

Die arbeits- und berufsbezogenen Maßnahmen werden anhand von zahlreichen Praxisbeispielen illustriert. Das Praxishandbuch und die Homepage stellen Instrumente dar, um die Dissemination des Themenfeldes in die Praxis der medizinischen Rehabilitation zu fördern.

### *Korrespondenzadresse:*

Christian Gerlich  
Universität Würzburg  
Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften  
Klinikstraße 3, 97070 Würzburg  
Tel.: 0931 – 31-82038  
E-Mail: [christian.gerlich@uni-wuerzburg.de](mailto:christian.gerlich@uni-wuerzburg.de)

## **Das kardiologische Frauenprogramm in der Klinik Höhenried: Forschung und praktische Erfahrungen**

Ursula Härtel (1), Christine Tschampa (2), Kathrin Karau (2), Evelyne Michael-Bach (2)

(1) LMU München, (2) Klinik Höhenried gGmbH, Bernried

Seit etwa 10 Jahren werden unter der wissenschaftlichen Leitung der Ludwig-Maximilians-Universität München, in Kooperation mit der Klinik Höhenried Studien zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der kardiologischen Rehabilitation durchgeführt.

Sowohl die Ergebnisse unserer Langzeitstudien mit Männern und Frauen als auch eine eigene Frauen-Interventionsstudie haben gezeigt, dass die Rehabilitationsbedürfnisse von Frauen und Männern nach akuter koronarer Herzkrankheit unterschiedlich sind.

Unter anderem war festzustellen, dass sich durch ein spezielles Frauenprogramm die Zufriedenheit mit den kardiologischen Reha-Therapien und die langfristige Compliance signifikant erhöhen lässt und Frauen - trotz Mehrfacherkrankungen - auch nach Entlassung aus der stationären Reha körperlich besser zu aktivieren sind als Frauen, die am normalen Standardprogramm teilnehmen.

Aufgrund des Erfolgs des Frauenprogramms in der Interventionsstudie wird seit etwa 2005 ein vergleichbares Programm in der *Routineversorgung* eingesetzt. An diesem Programm haben mittlerweile schon mehr als 1000 Patientinnen mit koronarer Herzkrankheit in der Klinik Höhenried teilgenommen. Dieses Programm wird weiterhin kontinuierlich wissenschaftlich evaluiert,

Außerdem läuft derzeit noch eine Langzeit-Follow-up-Studie zur Morbidität und Mortalität der kardiologischen Patientinnen und Patienten, in deren Rahmen 300 Männer und 850 Frauen bis zu 10 Jahre nach ihrem ersten Infarkt nachbefragt werden.

### Evaluation und Qualitätssicherung des kardiologischen Frauen-Therapieprogramms in der Routineversorgung

Bei der wissenschaftlichen Begleitung des Frauen-Programms handelt es sich um die Evaluation des Behandlungsergebnisses und der Prozessqualität durch genaue Dokumentation der Veränderungen des objektiven und subjektiven Gesundheitszustands der Patientinnen und der Akzeptanz mit den Rehamassnahmen sowie Prüfung der Nachhaltigkeit im Verlauf von Follow-up-Untersuchungen nach Entlassung aus der stationären Reha.

Die folgenden Maßnahmen werden kontinuierlich durch Projektmitarbeiterinnen der LMU durchgeführt:

- Standardisierte Interviews (Beginn AHB),
- Standardisierte Erfassung von Daten aus Krankenakten (Beginn und Ende AHB)
- Standardisierte Fragebögen zum Selbstauffüllen (Beginn und Ende AHB)
- Regelmäßige zeitnahe statistische Auswertungen.
- Wöchentliche Audits im interdisziplinären Team mit den beteiligten Therapeutinnen der Klinik.

Frau Karau (Ökotrophologin), Frau Tschampa (Dipl.-Psych.) und Frau Michael-Bach (Bewegungstherapeutin) werden über Inhalte, Umfang und persönliche Erfahrungen mit dem Frauenprogramm in der Praxis berichten.

#### *Korrespondenzadresse:*

Prof. Dr. Ursula Härtel  
Humanwissenschaftliches Zentrum der LMU München  
Goethestr. 31, 80336 München  
ursula.haertel@med.uni-muenchen.de