
GfR



Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (GfR) e.V.

Rehabilitationswissenschaftlicher Verbund Berlin, Brandenburg und Sachsen (BBS)

Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt / Thüringen (SAT)

in Kooperation mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.

Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

Charité – Universitätsmedizin Berlin



- ABSTRACTS -

zum

19. Rehabilitationswissenschaftlichen Symposium

**Psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen
Herausforderung für die Rehabilitation**

2. November 2018, Leipzig

Inhalt

- I **Psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen**
Keynote: Diagnostik und Intervention psychischer Komorbiditäten in der somatischen Rehabilitation
Prof. Dr. Harald Baumeister, Universität Ulm

- II **Rehabilitation als Teil des Lebensspannen-Perspektive: Einordnung in die Grundversorgung**
Wie gut gelingt die Berücksichtigung psychischer Belastungen bei der Reha-Antragsstellung und -Durchführung für Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen?
Dr. Stefanie Schmidt, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Rehabilitation als Teil der Lebensspannen-Perspektive – unter besonderer Berücksichtigung des Erwerbsverlaufes
Prof. Dr. Michael Linden, Charité – Universitätsmedizin Berlin

- III. **Psychische Komorbidität bei ausgewählten Erkrankungen**
Ressourcen chronisch kranker Jugendlicher und junger Erwachsener
Prof. Dr. Petra Warschburger, Universität Potsdam

Probleme in der Diagnostik psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen
Prof. Dr. Beate Muschalla, Technische Universität Braunschweig

Atemwegserkrankungen und Angst – mit Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit
Dr. Simone Moser, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Keynote: Diagnostik und Intervention psychischer Komorbiditäten in der somatischen Rehabilitation

Prof. Dr. Harald Baumeister
Universität Ulm

Liegen zeitgleich sowohl eine körperliche Erkrankung als auch eine psychische Störung vor, spricht man im Fall einer Erst- und Nebendiagnose von somato-psychischer Komorbidität sowie von Multimorbidität, ohne bestehende Annahme bezüglich der Diagnosenreihenfolge.

Die Forschung zu somato-psychischer Komorbidität ist insbesondere durch epidemiologische Befunde zur hohen Prävalenz psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen in den Blickpunkt gerückt. Psychische Störungen erweisen sich bei zahlreichen Erkrankungen als häufig, assoziiert mit bedeutsam erhöhter Morbidität und Mortalität, Versorgungskosten, sowie niedrigerer Lebensqualität und Behandlungssadhärenz im Vergleich zu Patienten mit körperlichen Erkrankungen ohne gleichzeitig bestehende psychische Störungen. Die möglichen ätiologischen Zusammenhänge dieser Komorbiditäten sind vielfältig, können sich zwischen den verschiedenen Erkrankungs-Störungs-Kombinationen unterscheiden und bedürfen insbesondere einer individuellen Exploration, um Patienten bestmöglich gerecht zu werden.

Aus diesen Befunden leitet sich der Bedarf einer adäquaten Diagnostik und Behandlung komorbider psychischer Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen ab. Der Vortrag bietet einen Überblick zur Epidemiologie, Ätiologie und Diagnostik sowie zu Behandlungsmöglichkeiten komorbider psychischer Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen mit einem besonderen Fokus auf a) Implikationen aus dem Forschungsstand für die somatische Rehabilitation sowie b) technologie-basierte Ansätze zur Verbesserung der Psychodiagnostik und der Behandlung von Patienten mit körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen.

Wie gut gelingt die Berücksichtigung psychischer Belastungen bei der Reha-Antragstellung und -Durchführung für Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen?

Dr. Stefanie Schmidt
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Ausgangspunkt dieses Beitrages ist die bei muskuloskelettalen Erkrankungen (MSK) in zahlreichen Studien nachgewiesene Komorbidität psychischer Störungen [1], die zu komplexen Einschränkungen und Belastungen der Betroffenen und erheblichen sozioökonomischen Konsequenzen führen kann [2] und damit eine besondere Herausforderung im Rehabilitationsprozess darstellt. So werden für MSK und psychische Störungen bundesweit weiterhin die häufigsten Rehabilitationsleistungen erbracht [3]. Außerdem stellen sie die fallzahlstärksten Indikationen in Bezug auf den Erhalt von Erwerbsminderungsrenten dar [4]. Für Rehabilitationsleistungen beider Indikationen ist es daher von besonderer Bedeutung, detaillierte Kenntnisse über die Zuweisung und Durchführung der Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden, als auch der betreuenden Ärzte zu gewinnen, um Optimierungspotenziale zu identifizieren und eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

Am Institut für Rehabilitationsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sind zu dieser Thematik zwei aufeinander aufbauende Studien durchgeführt worden: Zunächst wurde im ZuVerSicht-Projekt (2012-2014) eine differenzierte Analyse der Zuweisungsprozesse und Verfahrensabläufe in Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland vorgenommen. In diesem Zusammenhang konnte festgestellt werden, dass sich besonders für orthopädische Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität ungünstige sozialmedizinische und gesundheitsbezogene Verläufe entwickeln [5] und psychische Belastungen oftmals erst im Laufe der Rehabilitation festgestellt werden.

Wenn psychische Belastungen im Behandlungsprozess bzw. bei einer Reha-Antragstellung nicht offensichtlich sind oder nicht thematisiert werden, fehlen diese Angaben im Befundbericht. Dementsprechend fehlt dem Leistungsträger bei Reha-Antragsbewertung und nachfolgenden Klinikauswahl eine angemessene Entscheidungsgrundlage. Daher wurde in der zweiten ZuVerSicht-Studie (2015-2017) zum einen der Einsatz eines sowohl zeitökonomischen als auch differenzierten Screenings für psychische Problemlagen im Vorfeld der Rehabilitation in der Region Mitteldeutschland erprobt und zum anderen antragsbearbeitende Ärzte zur Akzeptanz eines solchen Screenings befragt [6]. Ausgewählte Ergebnisse beider Studien sind Gegenstand des Vortrags.

LITERATUR:

- [1] Baumeister H, Härter M (2011): Psychische Komorbidität bei muskuloskelettalen Erkrankungen. *Bundesgesundhbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 54: 52-58.
- [2] Baumeister H, Knecht A, Hutter N (2012): Direct and indirect costs in persons with chronic back pain and comorbid mental disorders: a systematic review. *J Psychosom Res* 73.
- [3] Deutsche Rentenversicherung Bund (2018): Reha-Bericht 2018. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik → mit dem Fokusthema „Onkologische Rehabilitation“. Berlin.
- [4] Deutsche Rentenversicherung (2017): Statistik der Deutschen Rentenversicherung - Rente 2016 – Rentenzugang im Berichtsjahr – Rentenwegfall im Berichtsjahr – Rentenänderung im Berichtsjahr – Rentenbestand am 31.12. des Berichtsjahres. Band 209, Berlin.
- [5] Schmidt S, Parthier K, Mau W (2017): Sozialmedizinischer und gesundheitsbezogener Verlauf von Rehabilitanden mit orthopädischen und psychosomatischen Erkrankungen unter Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten. *Aktuel Rheumatol* 42: 151-161.
- [6] Schmidt S, Samos FA, Klement A, Krüger JM & Mau W (2018): Erprobung und Akzeptanz eines psychosozialen Screenings in der primärärztlichen und orthopädischen Versorgung zur Steuerung des Rehabilitationszugangs bei muskuloskelettalen Erkrankungen/ *Manuskript in Vorbereitung.*

Rehabilitation als Teil der Lebensspannen-Perspektive – unter besonderer Berücksichtigung des Erwerbsverlaufes

Prof. Dr. Michael Linden
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Nach dem Sozialgesetzbuch IX sind Menschen mit Behinderung gekennzeichnet durch körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Es geht also um langfristige Beeinträchtigungen, die daher auch unter einer Langzeit-, wenn nicht Lebensspannenperspektive zu betrachten sind, mit sich auf der Zeitachse ändernden biologischen, psychologischen und sozialen Gegebenheiten, mit einer Vergangenheit und Zukunft. Krankheiten können sehr unterschiedliche Verläufe nehmen, sei es intervallär-rezidivierend, chronisch-persistierend, oder inkrementell-progredient. Sie sind eingebettet in die natürlichen Veränderungen von Menschen über die Jahre hin, mit einem Übergang körperlich von der Geschwindigkeits- zur Durchhaltekompetenz, mental von der Engrammierungs- zur Integrationskompetenz und psychisch von der emotionalen Reaktivität zur Serenität. Mit Blick auf die Arbeit sind zudem die natürlichen Lebensspannenentwicklungen zu berücksichtigen, von der Berufsfindungs- und Einstiegsphase, über die Berufskonsolidierungs- und karrierephase, die Berufsleistungs- und ggfls. Leistungsphase, die Berufsausstiegsphase bis zur Nachberufsphase. Schließlich müssen die gesellschaftlichen Kontextänderungen mit dem Übergang von der Körperarbeit zur Soft-Skill-Arbeit berücksichtigt werden.

Epidemiologische Daten zeigen, dass die Zahl der Krankheitstage pro Person bei älteren Erwerbstätigen etwa 50% höher liegt als bei jüngeren. Bei beiden Gruppen stehen psychische Störungen im Vordergrund. Bei den Älteren kommen dann vor allem Herz-Kreislauf und orthopädische Krankheiten hinzu. Dies zeigt sich auch in einer derzeit noch laufenden eigenen Studie. Der Anteil der erwerbsfähigen Menschen an der Bevölkerung bleibt zwischen 30 und 55 nahezu konstant und sinkt danach ab. Es kommt dann einerseits zu einer Zunahme der Erwerbsminderungsfälle. Gleichzeitig nimmt aber auch die Zahl der über 65 Jahre hinaus berufstätigen Menschen zu. Das Gebrechlichkeitsalter liegt im Durchschnitt der Menschen heute bei etwa 80 Jahren.

Unter einer bio-psycho-sozialen Perspektive entsprechend der ICF bedarf es mit Blick auf diese miteinander interagierenden Faktoren einer Verhaltens- wie Verhältnis-orientierter Rehabilitationsmaßnahmen, mit unterschiedlichen Schwerpunkten je nach Lebensalter. Die Behandlung von Krankheitsentwicklungen ist dabei wichtiger als die Behandlung von Krankheitsepisoden. Die Behandlung bedarf eines Langzeitkonzepts im Rahmen der Grundversorgung und mit der Hinzuziehung von Spezialisten oder stationären Rehammaßnahmen bei kritischen Verlaufszeitpunkten.

Ressourcen chronisch kranker Jugendlicher und junger Erwachsener

Prof. Dr. Petra Warschburger
Universität Potsdam

Chronische Erkrankungen sind im Jugend- und jungen Erwachsenenalter nicht nur häufig anzutreffen, sondern auch mit erhöhten Raten an psychischen Störungen und verminderter Lebensqualität verbunden. Das Vorliegen einer chronischen Erkrankung wird daher als Risikofaktor für das Vorliegen von komorbiden psychischen Belastungen betrachtet. Jedoch sind nicht alle Jugendliche und junge Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung stark psychisch belastet.

Psychologische Modelle zur gelungenen Adaptation betonen, dass neben risikoe erhöhenden Faktoren auch das Vorliegen und das Ausmaß von protektiven Faktoren betrachtet werden müssen. Neben sozialen Ressourcen (wie z.B. sozio-ökonomischer Status) sind v.a. auch personale Ressourcen (wie z.B. ein hoher Selbstwert) relevant und werden in Interventionen systematisch gefördert. Relativ wenig ist über deren Ausprägungsgrad bei Kindern und Jugendlichen mit körperlich chronischen Erkrankungen bekannt. Erste Meta-Analysen deuten darauf hin, dass z.B. der Selbstwert bei Kindern und Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung im Vergleich zu Altersgenossen ohne chronische Erkrankung geringer ausgeprägt ist.

Vorge stellt werden die Ergebnisse einer Meta-Analyse, die den Ausprägungsgrad fünf verschiedener personaler Ressourcen (Achtsamkeit; Selbstwirksamkeit; Optimismus; Hoffnung und Kohärenzsinn) bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne vorliegender chronischer Erkrankung miteinander verglichen. Dabei wurde auch untersucht, inwieweit geschlechts- und altersspezifische Unterschiede zu beobachten sind. 1.404 Studien wurden im ersten Schritt identifiziert, wovon 38 Studien die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten. Es fanden sich übergreifend keine Gruppenunterschiede in der Ressourcenausprägung, allerdings wurden für Achtsamkeit höhere Werte bei den Kindern und Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung im Vergleich zu den Kontrollgruppen beobachtet. Generell war die Heterogenität der eingeschlossenen Studien sehr hoch; Alter und Geschlecht erwiesen sich nicht als Moderatoren. Implikationen für die weitere Forschung und Praxis werden diskutiert.

Probleme in der Diagnostik psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen

Prof. Dr. Beate Muschalla
Technische Universität Braunschweig

Epidemiologische Studien zeigen über Jahrzehnte hinweg konstant, dass 25-30% der Allgemeinbevölkerung von irgendeiner psychischen Erkrankung betroffen sind. Psychische Erkrankungen können auch bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen zu ähnlichen Anteilen erwartet werden.

„Psychische Komorbidität“ ist jedoch ein facettenreiches Phänomen. Es bedarf für die klinische Praxis der Differenzierung und Präzisierung, was in jedem Einzelfall vorliegt. Es müssen verschiedene Phänomene unterschieden werden: psychische Begleitsymptomatik im Rahmen einer somatischen Erkrankung, Medikamentennebenwirkungen, iatrogen verursachte oder erkrankungsbedingt erfahrene Verunsicherung oder echte psychische Erkrankung. Psychisches Belastungserleben nicht-krankheitswertiger Art kann als R- oder Z-Diagnose dokumentiert werden und muss von psychischen Erkrankungen (F-Diagnosen) im engeren Sinne abgegrenzt werden. Die klinische Diagnostik kann nicht mit Screening-Fragebögen oder standardisierten Interviews bewerkstelligt werden, da diese zu unspezifisch sind und Beobachtungselemente (z.B. Affektmodulation, formales Denken) nicht valide erfassen können. Für die klinische Diagnostik, d.h. Feststellung, ob ein konkreter Patient eine psychische Erkrankung hat (und falls ja welche), bedarf es psychopathologisch differentialdiagnostischer Fachexpertise, sachgerechter anamnestischer Exploration, sowie Integration von apparativer Diagnostik und Vorbefunden. F- Diagnosen sollten in Reha-Entlassungsberichten nur dann gestellt werden, wenn sie im Hinblick auf eine vorliegende psychische Erkrankung handlungsleitend sind. Sozialmedizinische Leistungsbeurteilungen sollen erkrankungsbedingte Beeinträchtigungen anhand von Verhaltensbeobachtungen und Fähigkeitsbefunden begründen.

Atemwegserkrankungen und Angst – mit Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit

Dr. Simone Moser
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft- Bahn – See

Der Impuls-Vortrag aus Sicht des Sozialmediziners konzentriert sich auf die zwei wesentlichen Atemwegserkrankungen: COPD einerseits und Asthma bronchiale andererseits im Zusammenhang mit der psychischen Komorbidität Angst.

Eine klare Trennung und Abgrenzung der beiden Lungenerkrankungen ist nur selten möglich. Meist ist klinisch bei einer COPD auch eine asthmatische und beim Asthma bronchiale eine obstruktive Komponente anzutreffen. Oft werden auch beide Diagnosen in Berichten nebeneinander aufgeführt.

Analog ist es im psychiatrischen Fachgebiet: Neben reinen Angststörungen und reinen Depressionen verschiedener Ausprägungen steht die am häufigsten formulierte Diagnose „Angst und Depression gemischt“ mit unterschiedlichen Auswirkungen auf die therapeutischen Ansätze. Die Erfahrung zeigt: Asthma bronchiale geht häufig mit Angst einher. Die COPD wird häufig von Depressionen und teilweise auch Angst begleitet. Lunge und Psyche sind eng miteinander verknüpft. Wenn beide leiden, „stockt der Atem“. Stockender Atem – macht Angst. Angst wiederum erschwert den normalen Atemfluss. Dieser Kreislauf muss durchbrochen werden. Deshalb macht es Sinn, sich mit dem Atmen zu beschäftigen und den Auswirkungen des Atemflusses auf den gesamten Organismus. Die Schwierigkeit besteht in diesem Dilemma darin, einen ganzheitlichen Behandlungsansatz bei Kombination einer Atemwegserkrankung mit einer psychischen Komorbidität im Rahmen der vom gesellschaftlichen System vorgegebenen Möglichkeiten zu finden. Dies insbesondere im Hinblick auf die Optimierung der ärztlichen Führung, die Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten, die Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit der Leistungsfähigkeit der betroffenen Patienten im Erwerbsleben und für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Hier liegt ein erhebliches gesellschaftliches Potential insbesondere unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung. Fachkräfte mit Atemwegserkrankungen an leidensgerechten Arbeitsplätzen zu halten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der wir alle hier mitarbeiten möchten und uns auch verpflichtet fühlen. Die Seiten der ambulanten und rehabilitativen Behandlung werden näher beleuchtet.

LITERATUR:

[1] Deutsche Rentenversicherung Bund, Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Auflage, Springer-Verlag 2011

[2] Deutsche Rentenversicherung, Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung: Leistungsfähigkeit bei COPD und Asthma bronchiale. Januar 2010

[3] Kenn, K.: Pneumologische Rehabilitation (PR) – trotz verpflichtender Evidenz zu selten genutzt. Karger Kompass Pneumol 2016; 4:6. DOI: 10.1159/000441738

[4] Long, A., Schweppe, R.: Bao und das Geheimnis der Gelassenheit. Heyne-Verlag München 12/2017