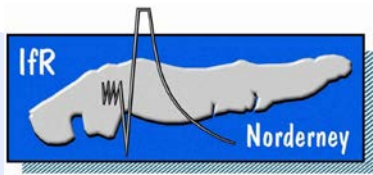




Teilhabe als Fokus in der Forschung

- am Bsp. der Rehabilitation beim chron. Rückenschmerz -

DVfR- Jahreskongress 2018 Berlin



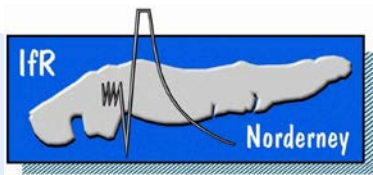
Prof. Dr. B. Greitemann
Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland





Themen:

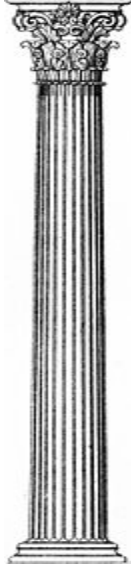
- Entwicklung der Teilhabe-Forschung in Bad Rothenfelde
- Teilhabe in der Forschung in O&U
- Perspektiven



Die drei Säulen der Rehaforschung in Bad Rothenfelde



Chronischer Rückenschmerz



EUREGIO-Proj.

APIR

IopKo

RUM

RUMAN

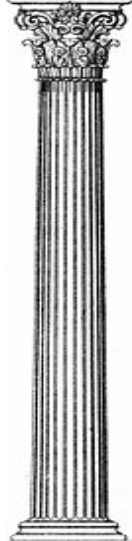
Ruevarela

Prädiktoren

MigBack

ProFi

Kommunikation & Motivation



P.A.INT

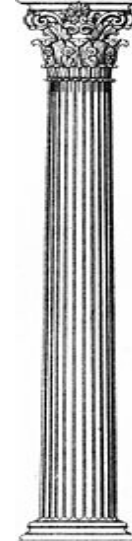
ParZivar 1/2

OptiPPar

ReIn

NeHor

Berufliche Orientierung



EFL

BMR

Evorna

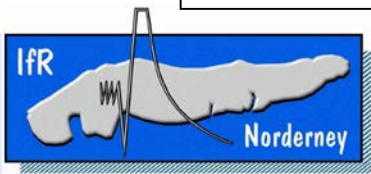
Betsi

MBOR

TeNor

Pro MBOR

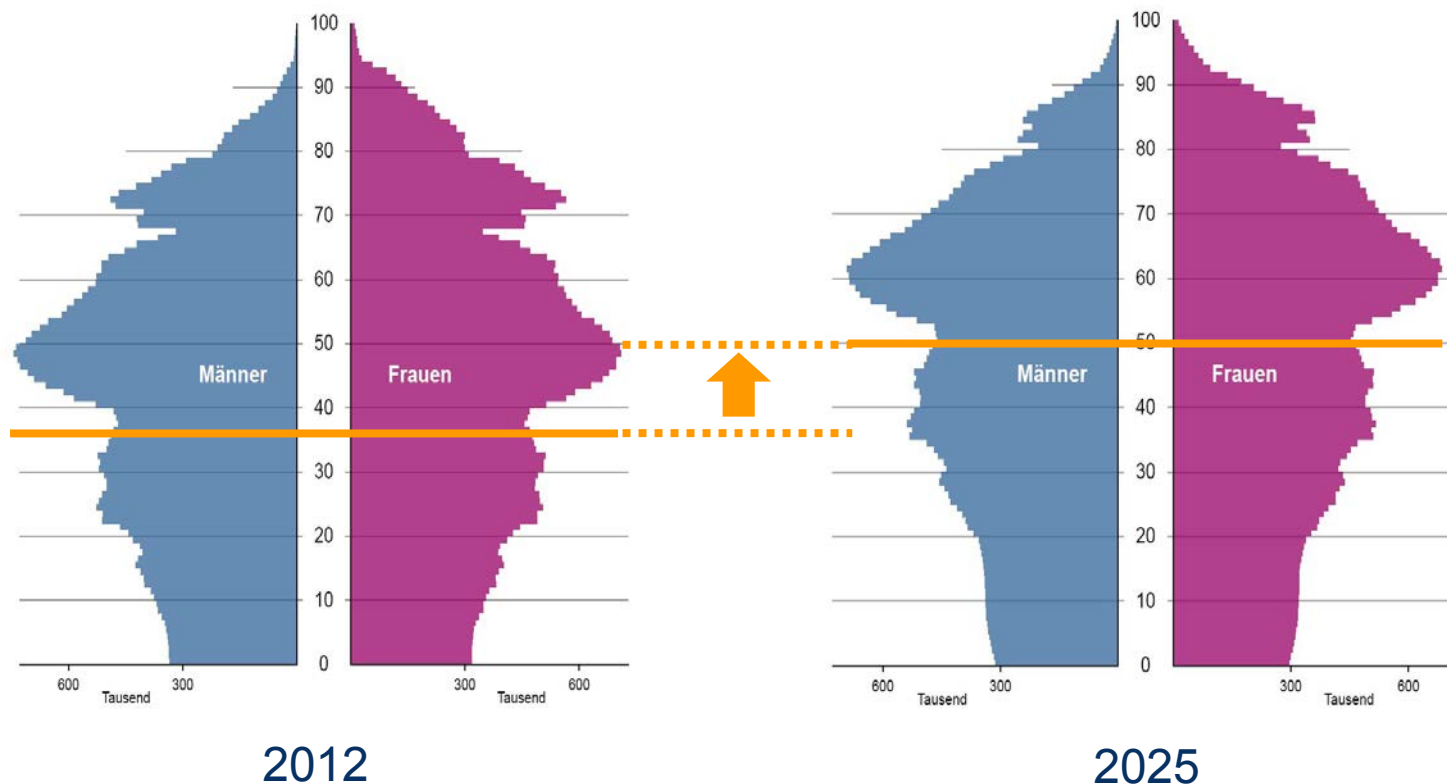
Reha-Plan



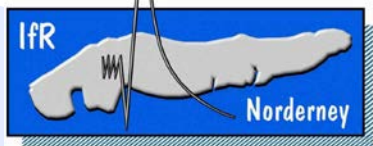
Folgen der demografische Entwicklung



⇒ Zunehmender Anteil älterer Menschen



© Statistisches Bundesamt 2006



Prof. Dr. B. Greitemann
Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland

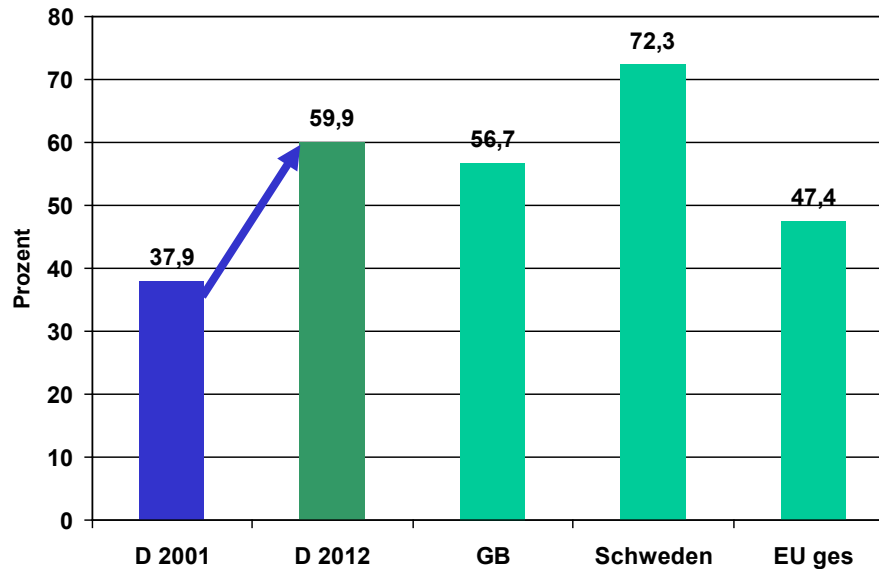


Folgen der demografische Entwicklung

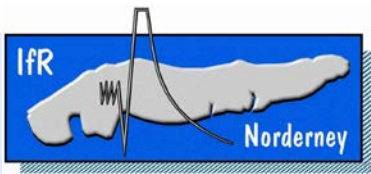


- ⇒ **Steigender Anteil älterer Arbeitnehmer**
Abbau von Vorruhestandsregelungen, Initiative „50 Plus“,
Anhebung des Renteneintrittalters auf 67 Jahre ab 2012

Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer (55-64 Jahre) im europäischen Vergleich 2012



Quelle: eurostat / Europäische Kommission



Prof. Dr. B. Greitemann
Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland

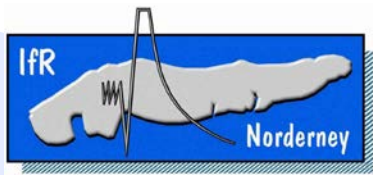


Veränderung der Krankheitsspektren



- ⇒ Veränderungen bei den Erwerbstätigen generell
 - ⇒ Familienorientierung
 - ⇒ Work-Life-Balance
 - ⇒ Mehr TZ-Jobs
 - ⇒ „Patchwork“-Beschäftigungsverhältnisse
 - ⇒ Traditionelle emotionale „Bindung“ an einen Betrieb sinkt

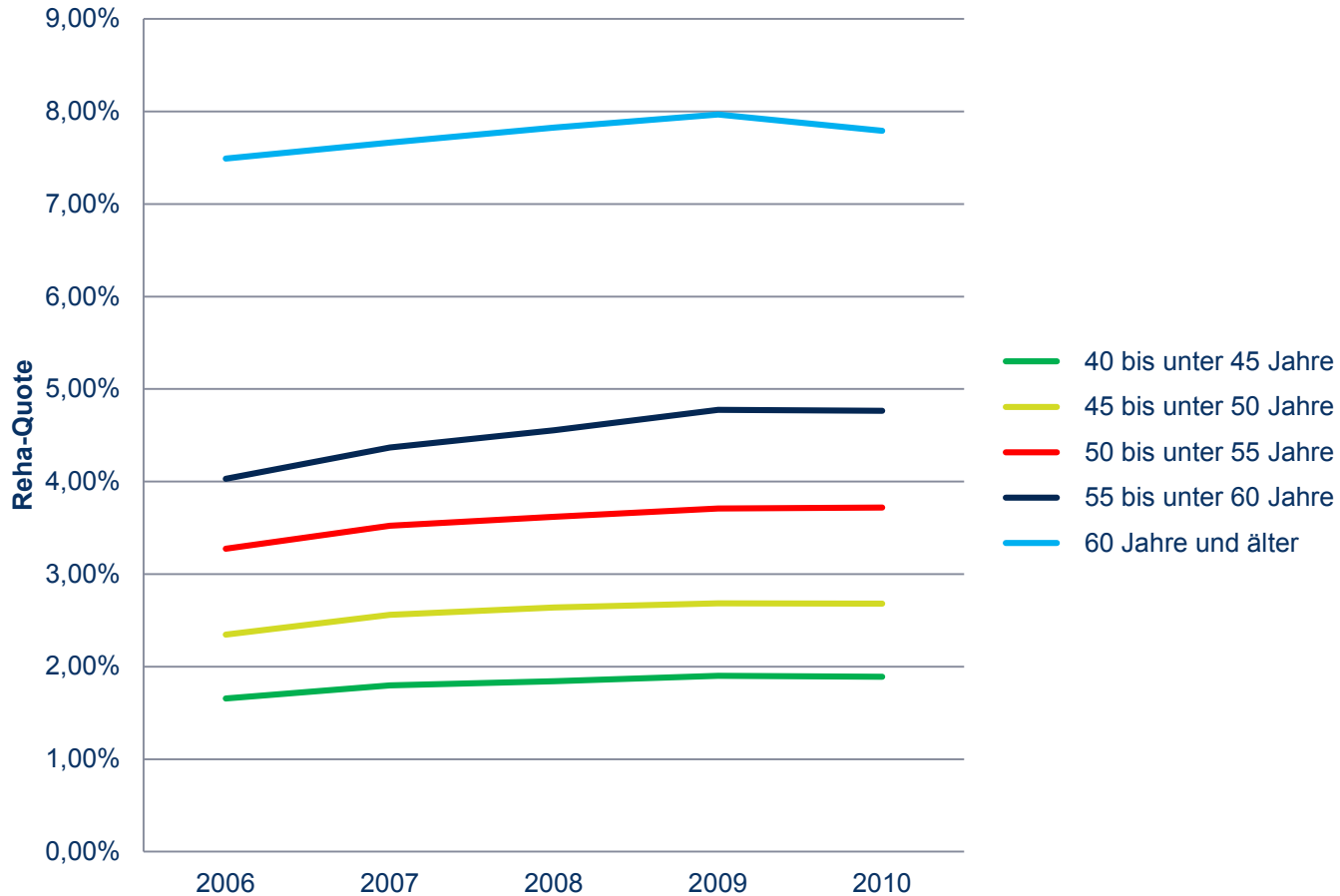
- ⇒ Veränderungen in den Personen
 - ⇒ Belastbarkeit nimmt im Alter ab
 - ⇒ Belastbarkeit wg. chron. Erkrankungen vermindert



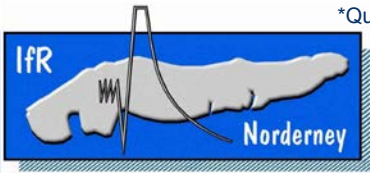
Folgen der demografische Entwicklung



Entwicklung der "Reha-Quote"
bezogen auf aktiv Versicherte in den Altersgruppen



*Quellen: Bevölkerungsentwicklung: Destatis; Reha-Fälle: GBE des Bundes und Statistik der DRV; eigene Berechnungen



Prof. Dr. B. Greitemann
Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland

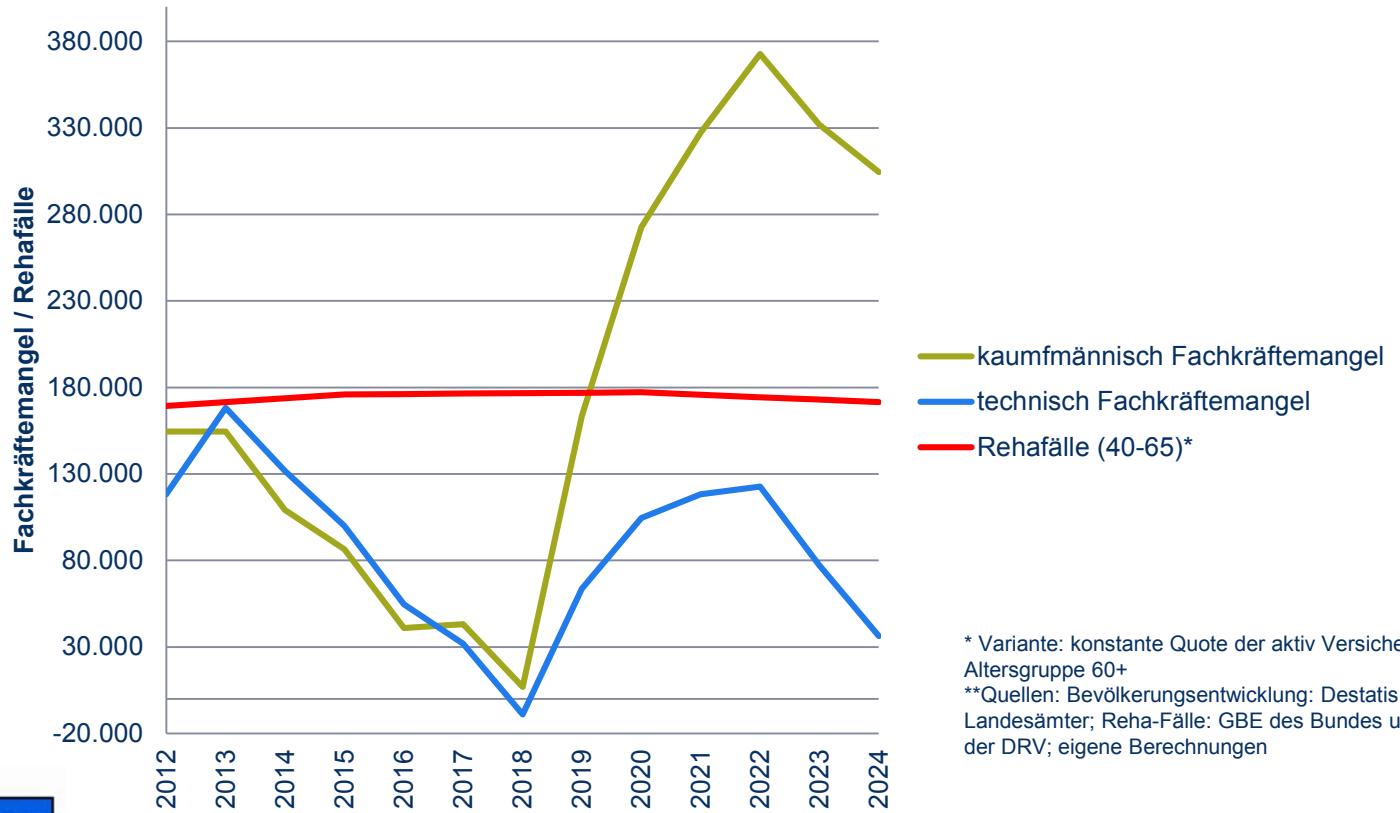


Folgen der demografische Entwicklung

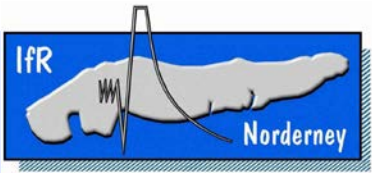


⇒ Drohender Facharbeitermangel

Rehafälle (Alter 40-65) und Fachkräftemangel NRW
(Basis eigene Berechnungen und Fachkräftemonitor IHK)**



* Variante: konstante Quote der aktiv Versicherten in der Altersgruppe 60+
**Quellen: Bevölkerungsentwicklung: Destatis und stat. Landesämter; Reha-Fälle: GBE des Bundes und Statistik der DRV; eigene Berechnungen



Prof. Dr. B. Greitemann
Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland



Häufigkeit von Rückenschmerzen

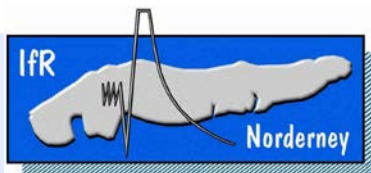


ca. 85% leiden mindestens einmal
im Leben unter starken
Schmerzen
(Dtsch. KS-Studie 2006)

30 - 60 % der Menschen in
Deutschland leiden akut unter
Rückenschmerzen

7% berichten von schweren und
9% von stark behindernden RS

oft Entwicklung von
chronischen
Rückenschmerzen



Prof. Dr. B. Greitemann
Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland

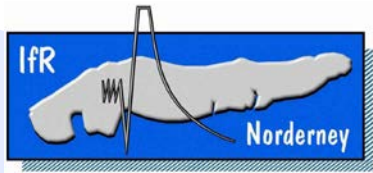
 Deutsche
Rentenversicherung
Westfalen



Kosten

- Durchschnittlich 19,7 Tage AU /Jahr
- 2,73 Millionen Behandlungsfälle 2007
- Betroffen vor allem 45-59-Jährige
- Geschätzte Kosten 48,9 Mrd. Euro 2008, Studie an 9267 RS-Patienten
(Wenig,C. et all. Eur.J.Pain 13 (2009) 280-288)
- **Besonders gefährdet:**
 - **Pflege (72% müssen häufig schwer heben), Bau, Logistik, Gebäudereinigung, Büro**

DAK-Gesundheitsreport 2018



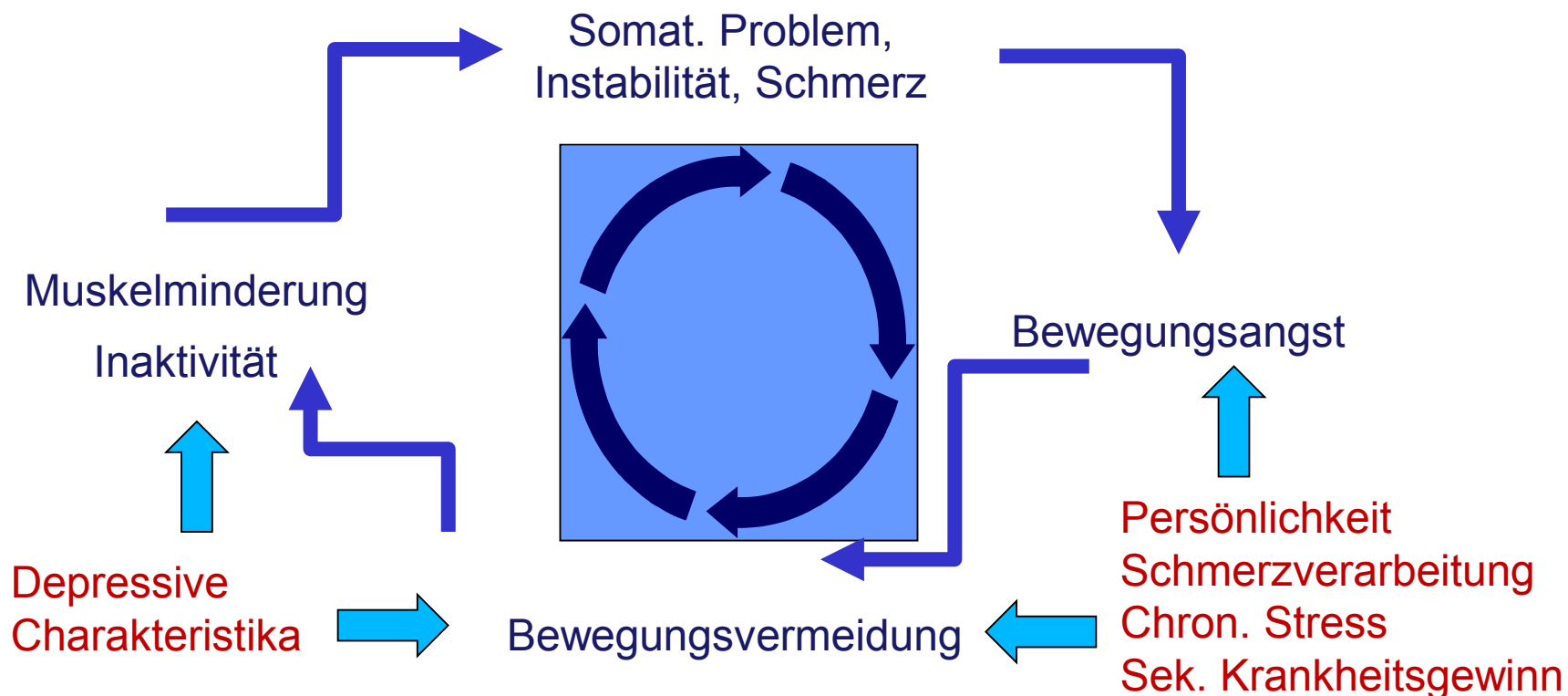
Prof. Dr. B. Greitemann
Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland



Dekonditionierungssyndrom – Functional restoration

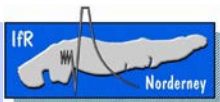


(Mayer et al. 1994, Vlaeyen et al., 1995, Hutten et al., 1999)





Weitere Faktoren



Prof. Dr. B. Greitemann
Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland





Psychische Comorbiditäten

- 25-73 % bei chronischen Schmerzsyndromen

Houdehove, B. van; Onghena, P. 1997

Hasenbring, M. et al. 1994

Gatchel, RJ et al. 1995

Härter, M. et al. 2006

Chronifizierung

- psychische Faktoren -



- Berufliche & psychische Belastung
- Coping-Strategien

Level A Evidenz für Risikofaktoren der Chronifizierung:

- (1) Anhaltender **Dystress** im beruflichen und privaten Alltag
- (2) Neigung zur **Depressivität** bzw. depressiven Verarbeitung von Anforderungen und psychischen Belastungen
- (3) Schmerzverarbeitung: **Fear-Avoidance-Believes** (passives Schon- und Vermeidungsverhalten)
- (4) Schmerzvermeidungsverhalten (Linton 2000, Burton 1995)
- (5) Ausblenden der Schmerzen, **Durchhalten** (Grebner 1999)
- (6) Subjektive Überzeugungen u. Krankheitstheorien
- (7) Anhaltende **psychosoziale berufliche Belastungen** (Burton 1996, Waddell 1998)



Untersuchung Klinik Münsterland

(Panning, Greitemann 2001, unpubl.)

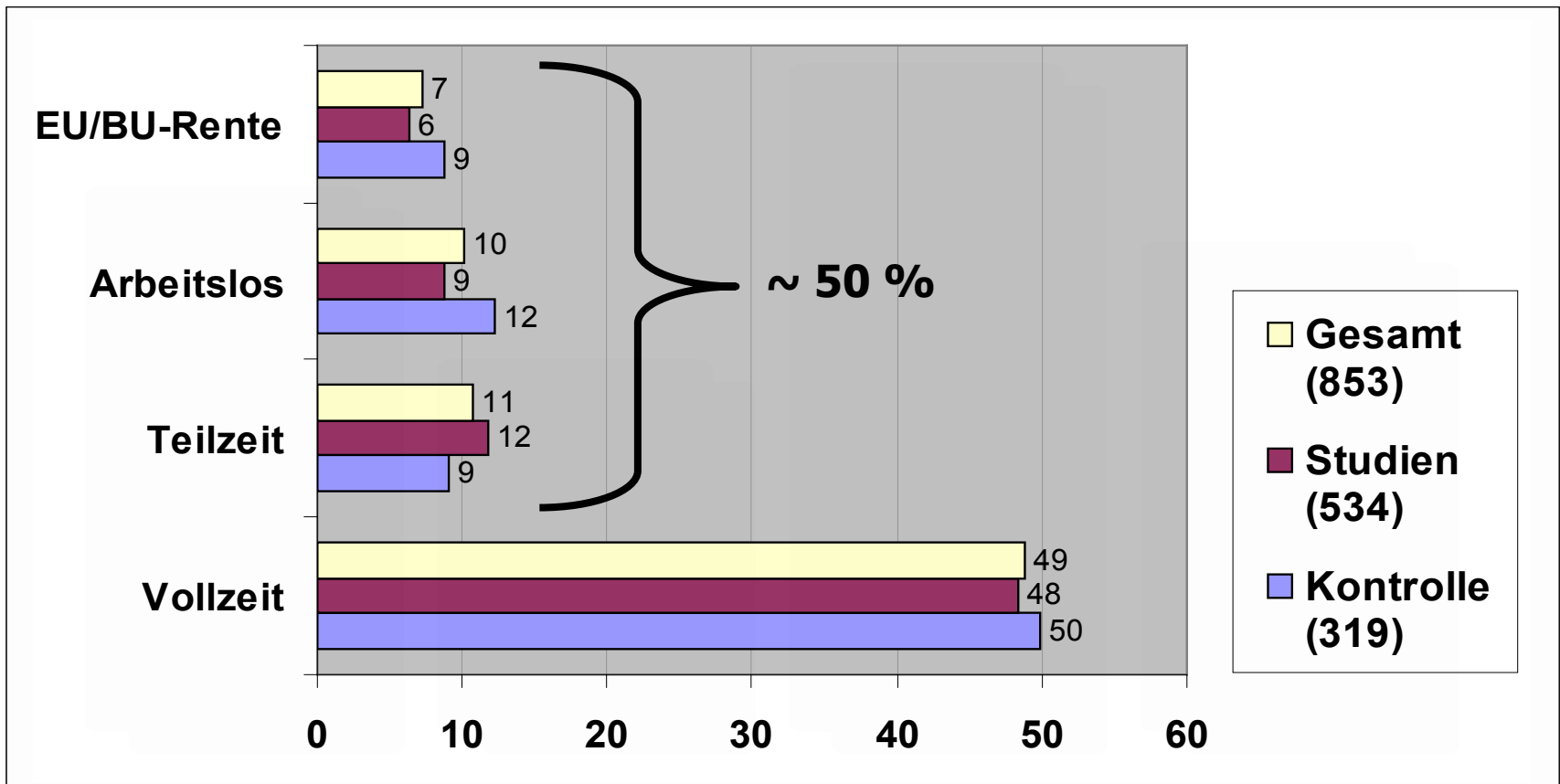
- Anteile psychischer Auffälligkeiten bei verschiedenen Grunderkrankungen (n = 922)

	<u>Angst</u>	<u>Depression</u>
• Chron. Rückenschmerz AF	20,2%	16,8%
• Chron. Rückenschmerz AU	29,3%	30,8%
• Chron. Rückenschmerz ALO	44,0%	41,0%

IopKo-Studie t0: Subjektive Sichtweise der voraussichtlichen Situation in 1 Jahr (%)



Und der Überzeugung



Subjektive Überzeugung



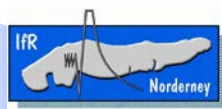
Hoefsmit N et al. : Work 48 (2014) 203-215

Qualitative Interviews mit 14 Angestellten

Einflussfaktoren auf frühe RTW:

- soziale Unterstützung
- subjektive Überzeugung
- adäquate Zusammenarbeit mit und im Betrieb
- „Kommunikationskompetenz und -stil“ des Arbeitgebers

Fazit: Umgebungsfaktoren müssen stärker beachtet werden!



Comorbiditäten: Schlaf



- CLBP adversely affects many dimensions of sleep
(Kelly,G. et all. Clin.J.Pain 2011)
 - Sleep disturbance and sleep duration
 - Sleep affecting day-time function
 - Sleep quality
 - Sleep satisfaction and distress
 - Sleep efficiency
 - Ability to fall asleep
- **Chron. RS-Patienten zeigen deutlich verschlechterte Schlafqualität.**
(Spenkelink,C.; Hutten,MM; Hermens, HJ, Greitemann,B. 2002 Clin Rehab)
- **Aber was ist Huhn, was ist Ei?**
- Studie mit UKM Klinik für Neurologie, derzeit laufend, zur Schlafqualität bei Rückenschmerz



Cochrane-Review 2002 Schonstein, E. et al.

Nur Trainingsprogramme mit kognitiv-behavioralem Ansatz hatten im Hinblick auf das Outcome „Return to work“ Wirksamkeiten.



Evidenzbasierung der Therapien

Stark

multimodale, multi-/interdisziplinäre Programme,
Trainingstherapieprogramme (international)

(Klüber-Moffett 1986, Mayer 1987, Turner 1990, Deyo 1991, Jarivovski 1993, Jenkins 1994, Hildebrandt 1994, Wheeler 1995, O'Sullivan 1997, Hodges 1997, Denner 1999, Pfingsten 2001, Van Tulder 2001, Scascighini 2008, Nagel und Korb 2009, Bethge 2008,

Metaanalyse der AG Bewegungstherapie der DGRW 2010)

no pain, no gain ???

VAN TULDER, 2001, COST-LL 2005

Cochrane Database



- Kamper, SJ; Apeldoorn AT; Chiarotto, A.; Smeets, RJ; Ostelo, RW; Guzman, J; v. Tulder, MW
Cochrane Database, **2014** Sep 2;(9):CD000963.
doi: 10.1002/14651858.CD000963.pub3.
- 6168 Studien, 41 RCT's 6858 Teilnehmer, 133 ausgeschlossen
- Multidisziplinäre biopsychosoziale Programme zeigen Effekte in Schmerzminderung und Funktionsminderung, positiven Einfluss auf RTW
- **Nur schwache bis mittlere Effektstärken, teilweise hohe Kosten**

RTW bei chron. RS



Verkerk, K et al. J Rehab Med 47 (2015) 854-859

12 Monate nach multidisziplinärer Reha berichteten
52% der Patienten über > 90 % Arbeitsbeteiligung

Positive Prognosefaktoren:

- männlich
- Arbeitsplatz zur Baseline-Untersuchung
- stabile Beziehung

Positive Prognosefaktoren für RTW



- **Review:**
Vooijs M et al. Int Arch Occup Environ Health 88 (2015) 1015-1029
- jüngerer Alter
- Männliches Geschlecht
- Subjektive Überzeugung
- Beschwerdedauer < 5 Jahre
- Beschwerden nur aus einer Gruppe (somatisch/psychisch)
- Geringerer Schmerzscore
- Kürzere AU-Dauer
- Aktive, akzeptierte Position am Arbeitsplatz

Bisherige Ergebnisse Rehabilitation in D



➔ **Hüppe & Raspe (2002):**
Zu wenig kontrollierte und randomisierte Studien;
Wirksamkeit multimodaler und multidisziplinärer Behandlung im Rahmen stationärer medizinischer Heilverfahren nur mäßig

➔ **Hüppe et al. (2003/2005):**
Mehrheit der Studien berichtet positive Effekte, diese halten aber nicht lange an;
geringere Effekte bei schwer chronifizierten Patienten:
Urs.: Pat. Kommen zu spät u. chronifiziert, fort bestehende berufl. Probleme

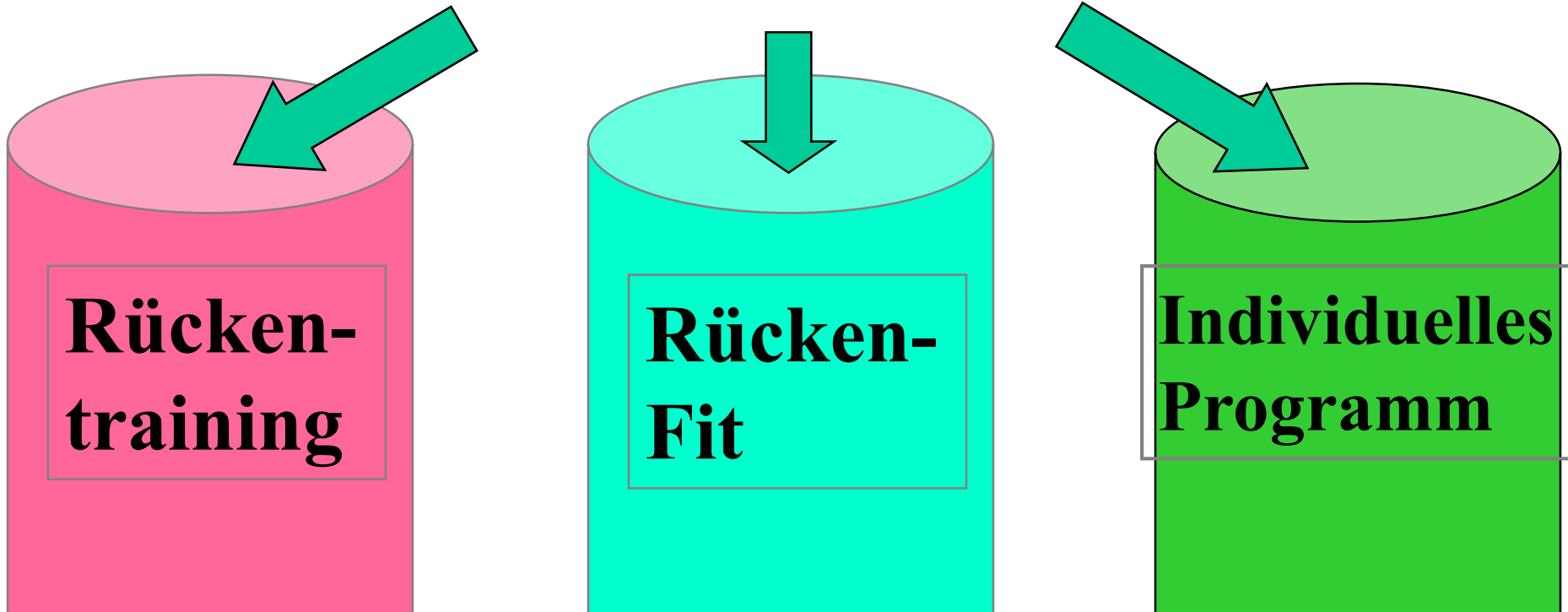
Slangen et al. (2002) (APIR):
Nur kurzfristige Effekte eines multimodalen Therapie-Programmes

Frage: Wie kann ich Return-to-work und Lebensqualität verbessern?



Integriertes orthopädisch-psychosomatisches Konzept (IopKo) der Klinik Münsterland

SUBGRUPPEN



Individuelle Therapiemodule,
individuell beruflich orientierte Reha, BOR 1+2

Übersicht: Rückenfit-Einheiten



Psychologischer Teil

“Fitness”-Teil

RF-Einf.: Kennenlernen

RF-1: Schmerzbewältigung

RF-2: Umgang mit Frust

BOR I: Info zu Rente/Reha

BOR IIa: Berufliche Rehabilitation

RF-3: Genuss und Genießen

RF-4: Innere und äußere Kraftquellen

P
M
R

n
a
c
h

J
a
c
o
b
s
o
n

4
x
A
q
u
a

4
x
T
h
e
r
a
b
a
n
d

RF-a: Mit eigenen Kräften umgehen

RF-b: Stretching - Spannungen lösen

RF-c: Erlebniswelt Wasser

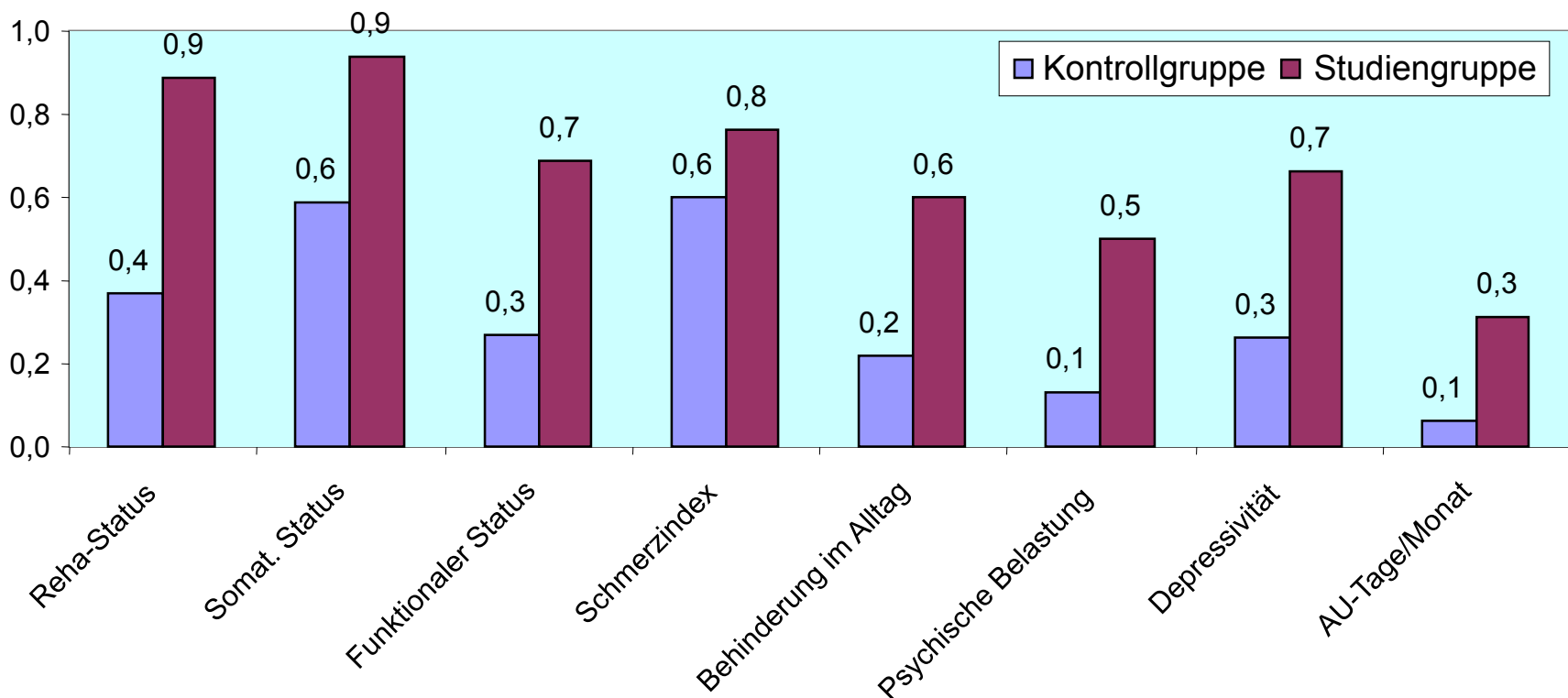
RF-d: Im Gleichgewicht sein

RF-e: Mit Lust und Spaß Probleme lösen

RF-Bilanz: Bilanz und Ausblick

Evaluation in der Klinik Münsterland

Teilstichprobe Rückenfit: Effektstärken 10 Monate Nach Reha (t3)



Fazit



Multimodales Gruppenprogramm “lopKo”:

- Signifikanter **Langzeit-Effekt**
- Reha-Status der Studiengruppe **auch 10 Monate nach Aufenthalt** dem der Kontrollgruppe **überlegen**

Bisherige Ergebnisse Rehabilitation in D



Hüppe & Raspe (2002):

Zu wenig kontrollierte und randomisierte Studien;



Wirksamkeit multimodaler und multidisziplinärer Behandlung im Rahmen stationärer medizinischer Heilverfahren nur mäßig

Hüppe et al. (2003/2005):

Mehrheit der Studien berichtet positive Effekte, diese halten aber nicht lange an;



geringere Effekte bei schwer chronifizierten Patienten:

Urs.: Pat. Kommen zu spät u. chronifiziert, fort bestehende berufl. Probleme

Slangen et al. (2002) (APIR):

Nur kurzfristige Effekte eines multimodalen Therapie-Programmes

Greitemann et all. 2006, Dibbelt,S. et all. (2006)

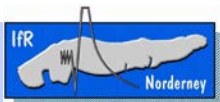
Mittel- bis längerfristig positive Ergebnisse der Rehabilitation

Bethge/Müller-Fahrnow 2008

Review aus 5 randomisierten Studien: moderate Evidenz für eine langfristige Reduktion der Schmerzintensität

Metaanalyse Morfeld et all. (2010)

mittlere bis starke Effekte hinsichtlich Schmerz, Funktion, depressive Symptomatik und Reduktion von Krankheitstagen bei den Programmen GRIP und lopKo



Umsetzbar??



RUM- Rücken-Umsetzungsprojekt

- DRV/BMBF-gefördertes Projekt im Rahmen der rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsförderung
- NRW-FV-Rehabilitationswissenschaften
- Umsetzung in anderen Kliniken

Stichprobe insgesamt



N = 335: 145 Frauen, 190 Männer: SG = 178, KG = 157

Durchschnittsalter: 48,91 Jahre (21-63)

Bei 92% der Fälle Beschwerden mind. seit ½ Jahr,

Mittlere Schmerzintensität bei 4,8 (4-6)

(1 = keine Schmerzen, 6 = sehr starke Schmerzen)

Nur 59,7 % erwerbstätig

Was wurde wie umgesetzt



	Implementierungsdauer	Multiprofessionelle Aufnahme, PSA	Gruppe	Therapeuten-Konstanz	Start-Rhythmus
Referenz-Klinik KML		Ja, PSA für alle HV-Patienten	Geschlossen	JA	Wöchentlich
Klinik 2	6 Monate	Ja, PSA für Auswahl nach Aktenlage	Geschlossen	JA	4-wöchentlich
Klinik 3	15 Monate (Kontroll-erhebung in dieser Zeit)	Ja, PSA in der Regel für Auswahl nach Diagnose und Screening	Geschlossen	Für psychologische Einheiten	14-tägig
Klinik 4	16 Monate (Kontroll-erhebung in dieser Zeit)	Ja, PSA für Auswahl nach Diagnose und Screening			
Klinik 5	8 Monate	Ja, PSA für Teil der Patienten	Geschlossen	Für psychologische Einheiten	wöchentlich

Stichprobe der KML

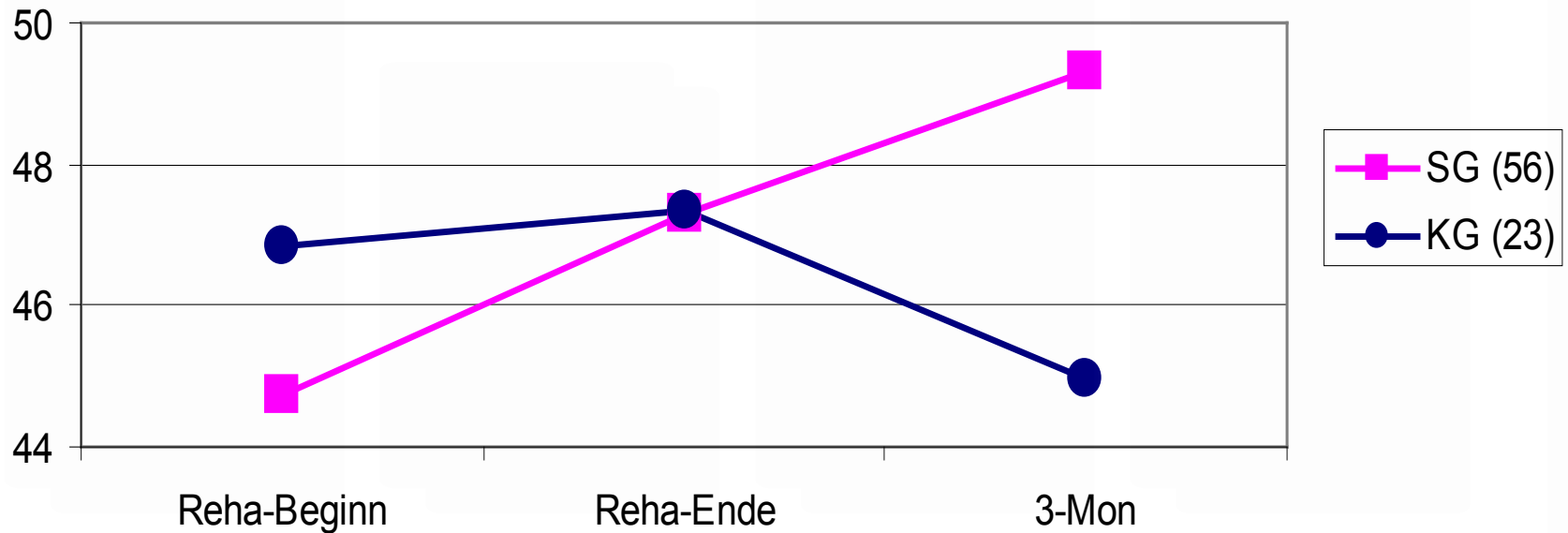


Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität

Signifikanz Haupteffekt / Signifikanz Interaktion: $p = .557$ / $p = .223$

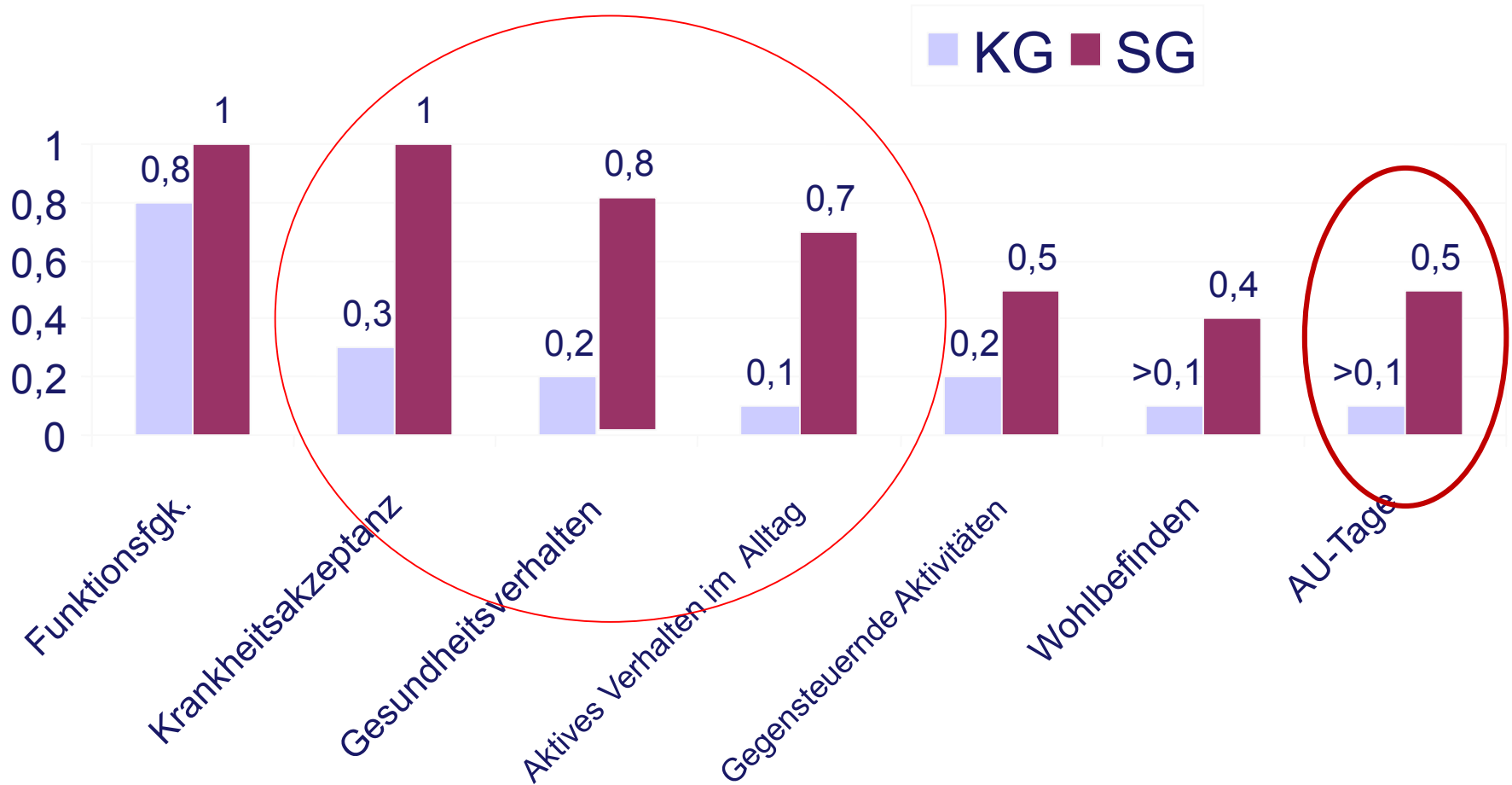
Effektstärken Haupteffekt SG / KG: $0,33$ / $< 0,30$

Effektstärke Interaktion: $0,42$



RUM / RUEVARELA

Effektstärken 10 Monate nach Reha-Ende



5 Jahre-Untersuchung

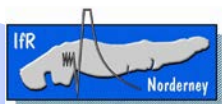


Pedersen P et al. Scand J Public Health 46 (2018) 383-388

- Randomisiert Kurzzeitintervention gegen multidisziplinäre Intervention
- **5 Jahre** nach einer multidisziplinären Intervention keine Unterschiede in RTW



Kommunikation in der Klinik



Prof. Dr. B. Greitemann
Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland





Eine *gute* Patienten-Arzt-(und Therapeuten-)Beziehung verbessert nachweislich

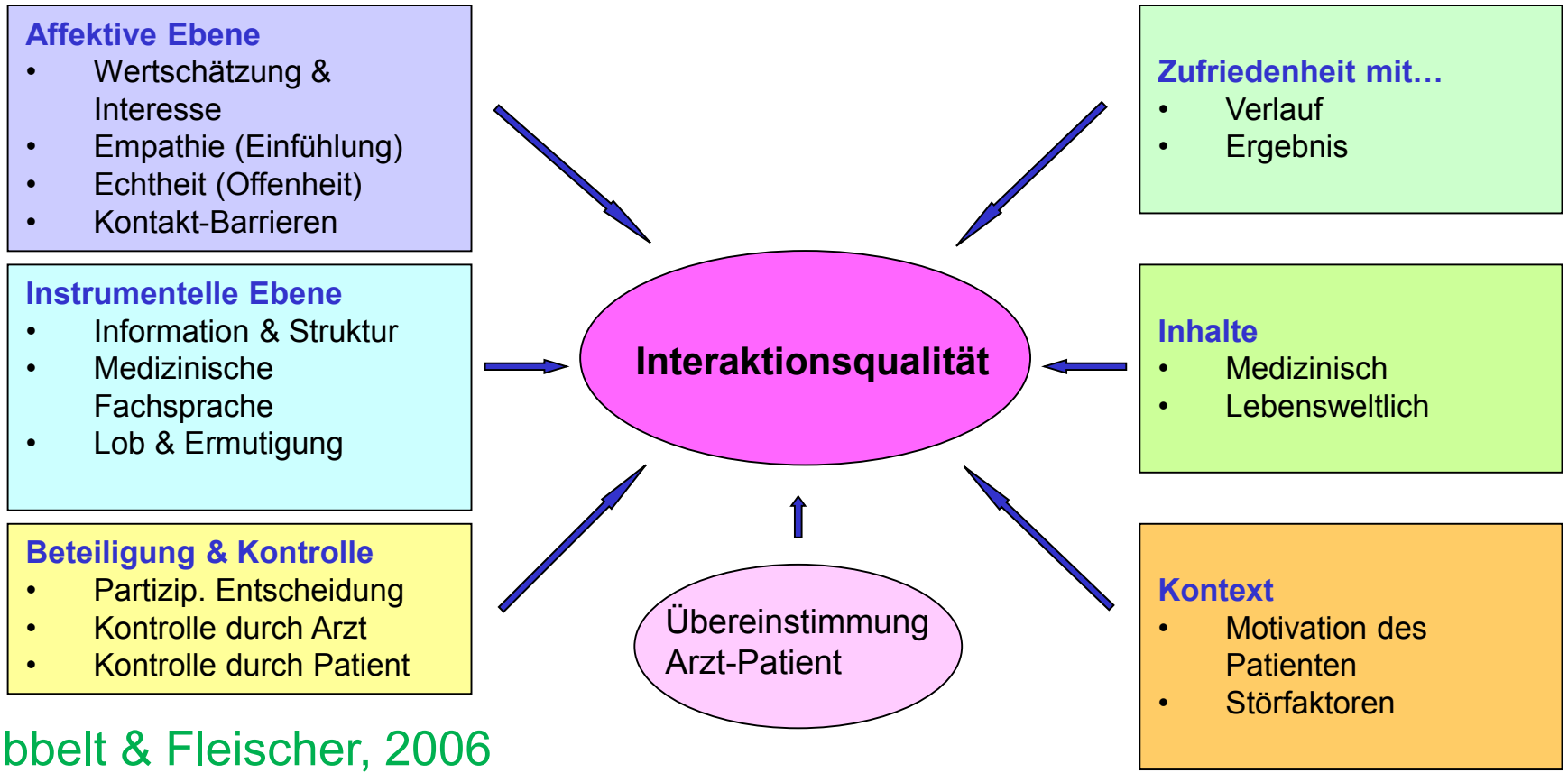
- Patientenzufriedenheit
- Arbeitszufriedenheit der Ärzte
- Rückkehr zur Arbeit
- Beteiligung am Behandlungsprozess (Compliance)
- **Schmerzen, Funktionsstatus**
- Klinische Ergebnisse: Blutdruck & Blutzucker

Di Blasi, 2001; Stewart, 1995; 1999; Griffin et al., 2004; Dibbelt, et al. 2009

PAINT - Projekt



Dimensionen der Interaktionsqualität

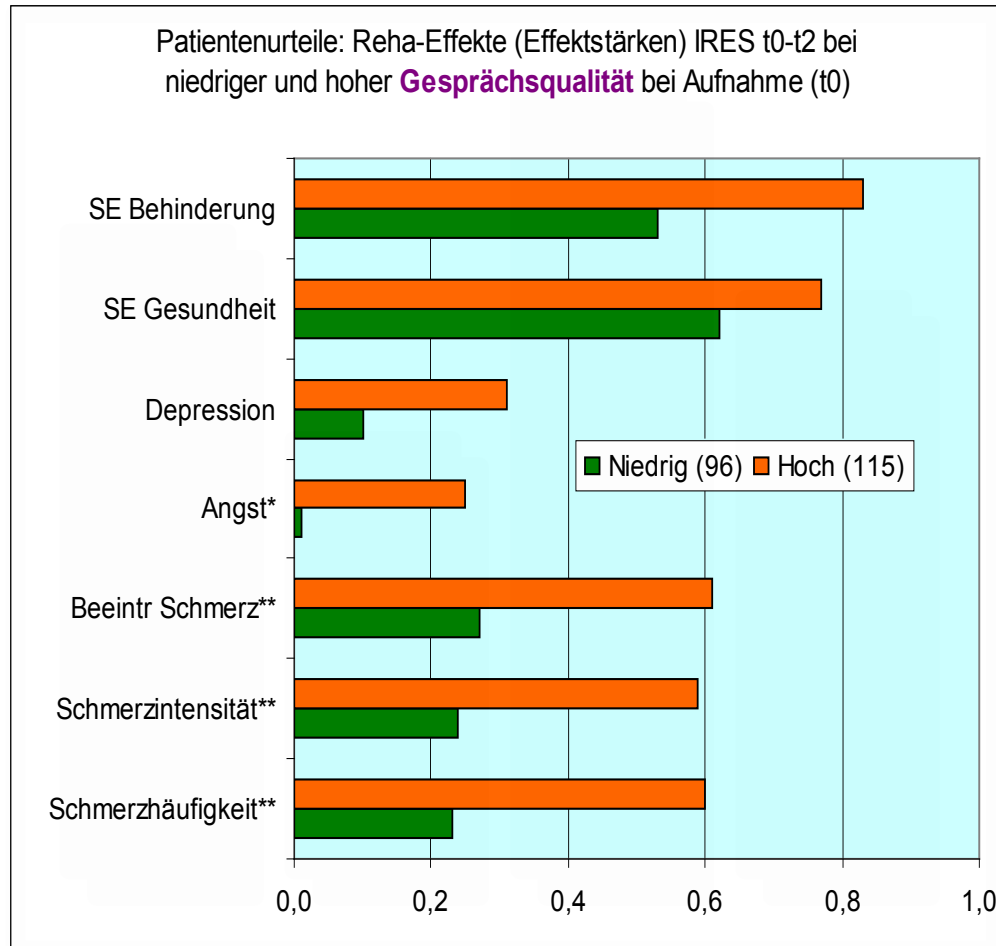


Dibbelt & Fleischer, 2006

Reha-Effekte (Effektstärken) IRES t0-t2 – PAINT-Studie



bei niedriger und hoher Gesprächsqualität – MSK-Klinik





Gibt es einen Zusammenhang zwischen Interaktionsqualität bei Aufnahme und Behandlungseffekten?

Ja!

PAINT-Studie

Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation: Sicht der Einrichtungen & Behandler

Susanne Dibbelt¹, Manuela Glattacker², Maria Ahlert¹ (vormals Quatmann), Antje Dudeck²,
Monika Schaidhammer¹, Edith Wulfert¹, Bernhard Greitemann¹, Wilfried Jäckel²

¹Institut für Rehabilitationsforschung Bad Rothenfelde

²Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS), Universitätsklinikum Freiburg



Schulungsprogramme

- Diverse Studienmodelle im anglo-amerikanischen Bereich, aber auch in Europa zeigen bei chronischen Erkrankungen deutlich verbesserte Akzeptanz und Langzeitwirkungen **bei aktivem Einbezug des Patienten in die Programme.**

(Pellino 1998, Nirschl 1999, Poulter 1999, Porter 2001, Tennstedt 2000, Klappner 2001, Young 2002, Ehlebracht-König 2002, Mau 2002, Mühlig/Petermann 2002, Warschburger 2002, Slangen/Greitemann, 2002, Glattacker et al. 2011, Lukascik et al. 2011, Körner et al. 2011)

- Die meisten untersuchten Programme beziehen sich auf
- Asthmaschulung, Rheumaschulung, Pflege, Geriatrie -.

Zielvereinbarung

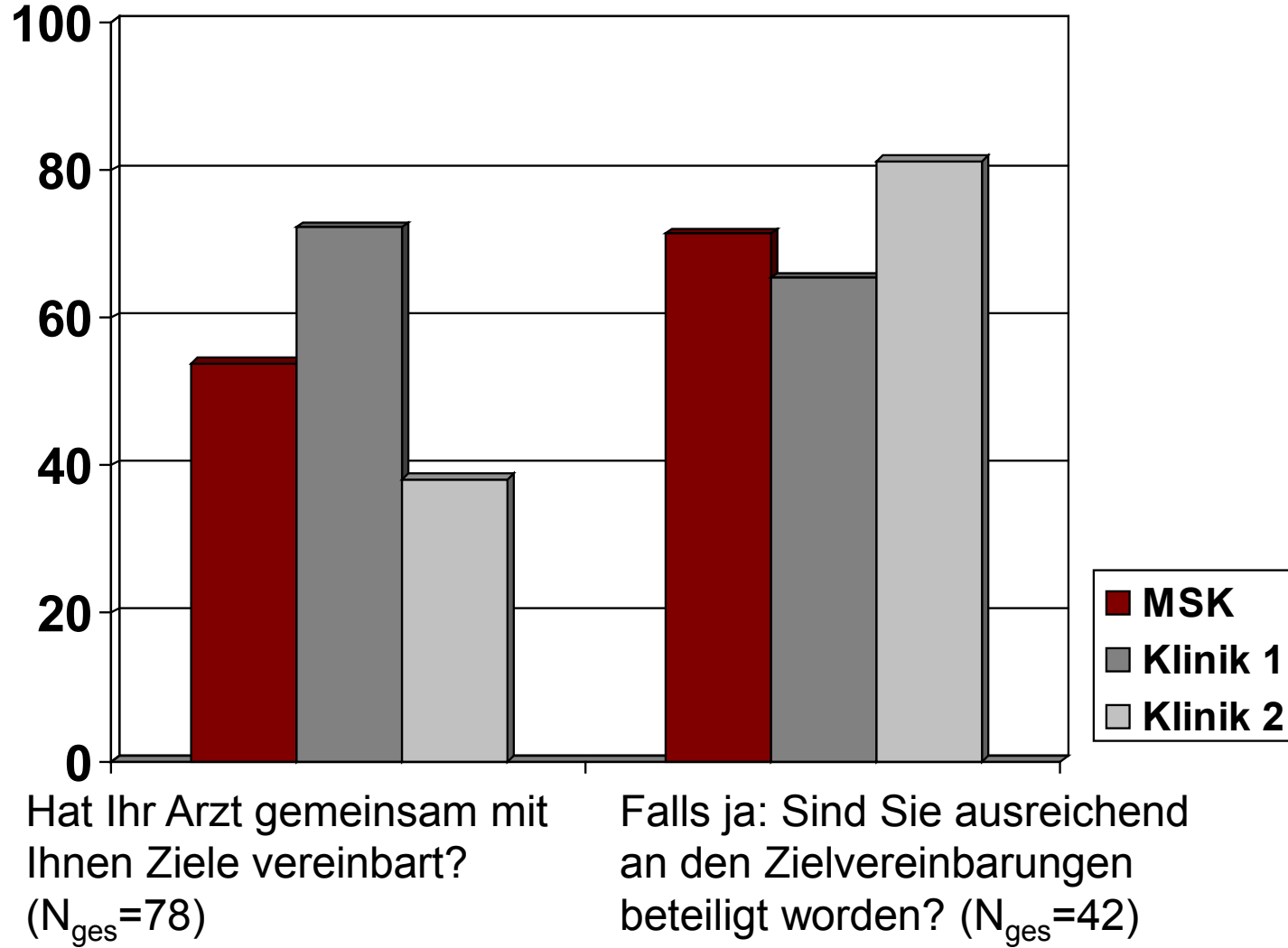


Wie wichtig finden Sie es, dass.....	Gesamt	RS	DM	KHK
...bei Reha-Beginn Reha-Ziele festgelegt werden?	90	92	94	83
...man als Patient bei Reha-Beginn eigene Reha-Ziele hat?	94	94	95	92
...bei einem Gespräch über Reha-Ziele die Sichtweise der Patienten erfragt wird?	92	92	92	91
...PatientInnen an den Vereinbarungen zu Reha-Zielen beteiligt werden?	92	91	92	92

„sehr wichtig“ und „eher wichtig“ in %

M. Glattacker, A. Dudeck, S. Dibbelt, M. Schaidhammer-Placke,
B. Greitemann & W. H. Jäckel

Zielvereinbarung - Unterschiede



M. Glattacker, A. Dudeck, S. Dibbelt, M. Schaidhammer-Placke, B. Greitemann & W. H. Jäckel



- **Ansätze (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)**
- **Betsi**
- Web-Reha
- FRESH
(Freiburger Programm zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit in der Pflege)
- KomPAS
(Kombinierte Präventionsleistung bei Arbeit mit Schichtanteilen)
- FEE
(Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit)
- GUSI
(Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse)
- Plan Gesundheit etc. etc.



- Ziel:
 - Patienten „früh“ detektieren
 - Bürokratisch leichter Zugang
- Vorteile:
 - Betriebliche Nähe und Einbezug der Betriebsmediziner
 - Berufs-begleitend
 - kurze stationäre Initialphase,
 - eine längere ambulante Trainings- bzw. Verfestigungsphase
 - sowie eine Auffrischungsphase
 - „Einsatz“ des Betroffenen
 - Ggf. zukünftig bei älteren AN Arbeits-begleitend, um Leistungsfähigkeit bis „Rente 67“ zu erhalten

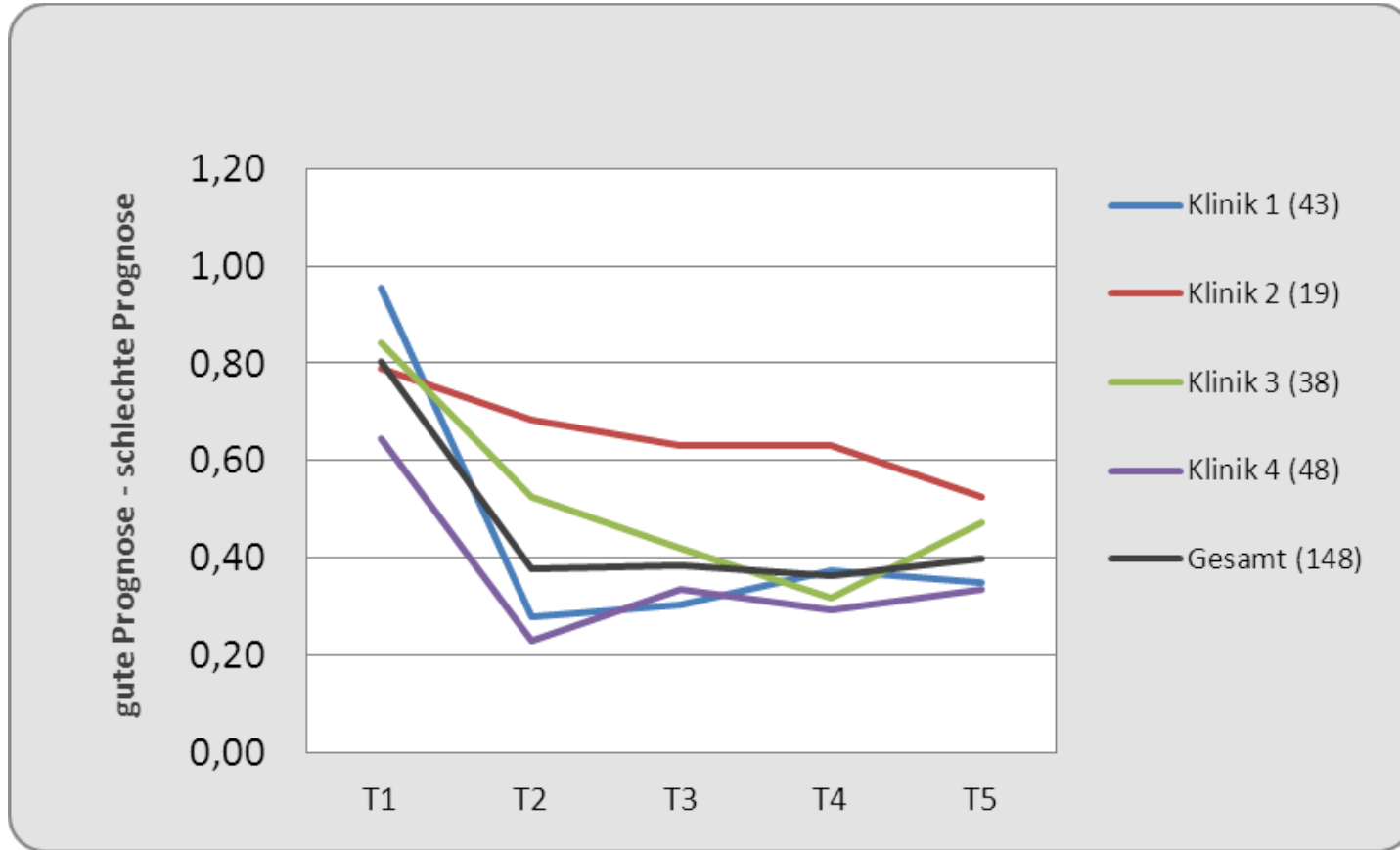


- Folgende **Interventionsziele** stehen bei den Leistungen zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit im Vordergrund:
- Lebensstiländerung,
- Aktivitätsförderung,
- besserer Umgang mit körperlicher und psychischer Anspannung,
- Problembewältigung im Arbeitsalltag,
- Förderung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen,
- bessere Körperwahrnehmung,
- Schmerzprophylaxe
- Längere berufliche Einsatzfähigkeit.

Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (0 – 3)



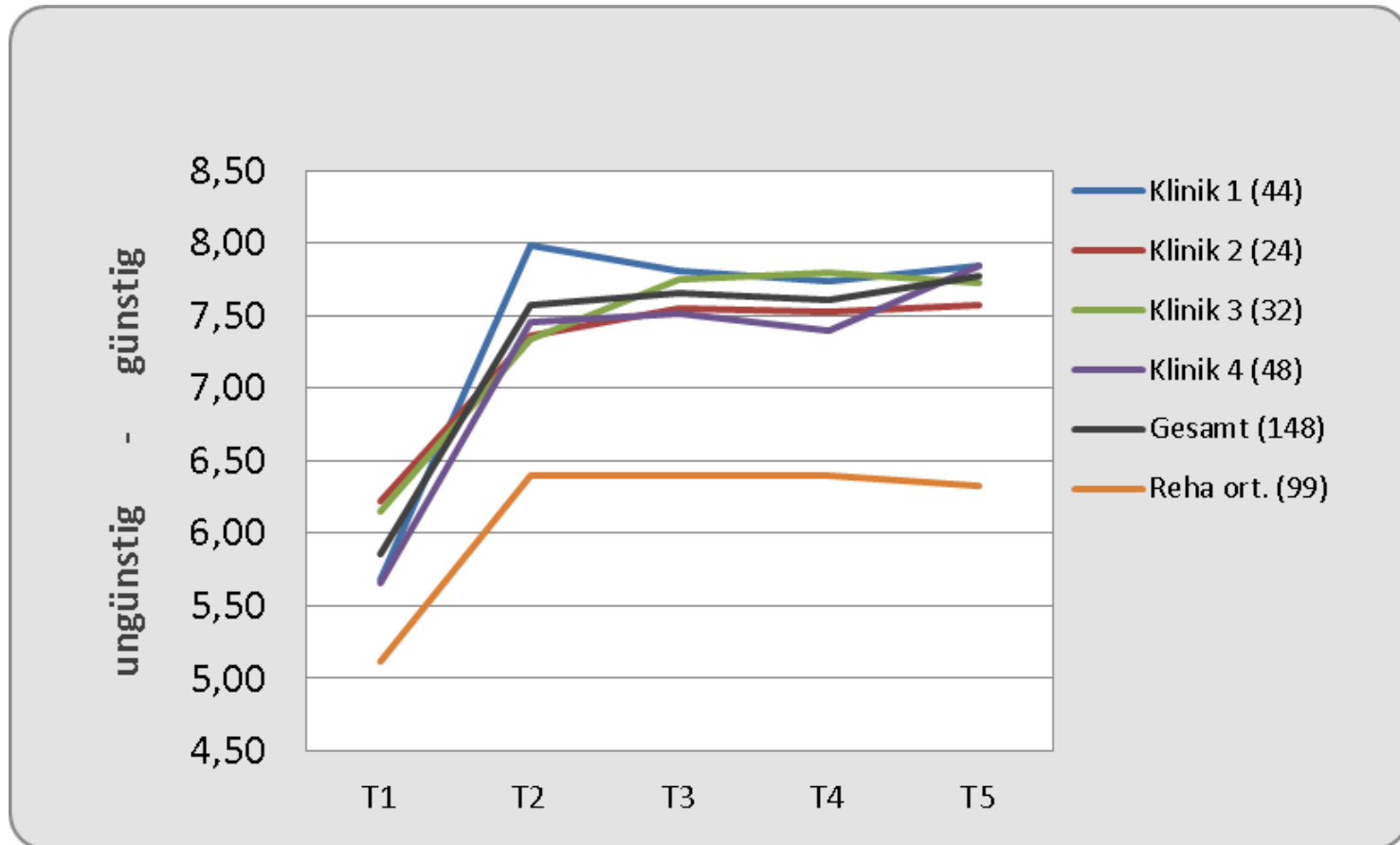
Bis zu 1 Jahr nach Betsi-Start



Gesundheitsverhalten (0 – 10)



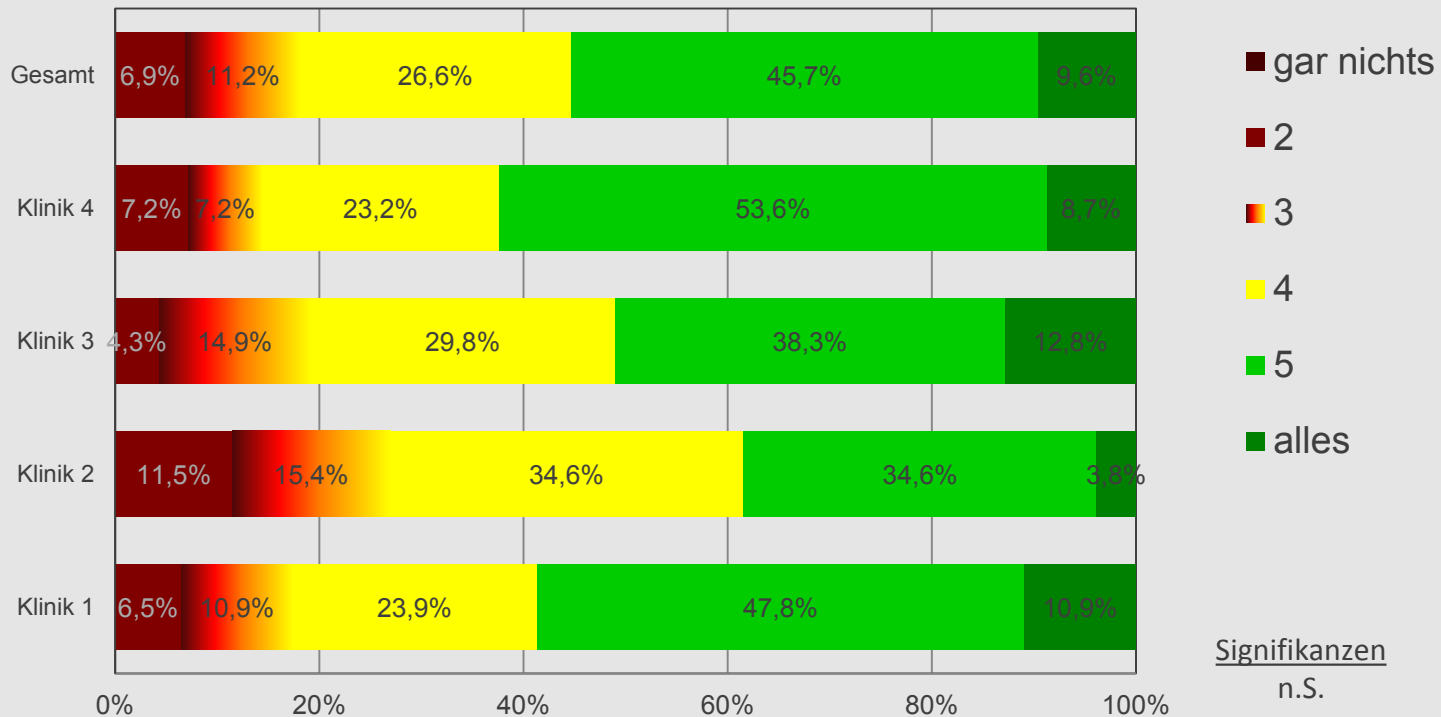
Bis zu 1 Jahr nach Betsi-Start



Patientenbefragung – 1 Jahr nach Betsi-Beginn



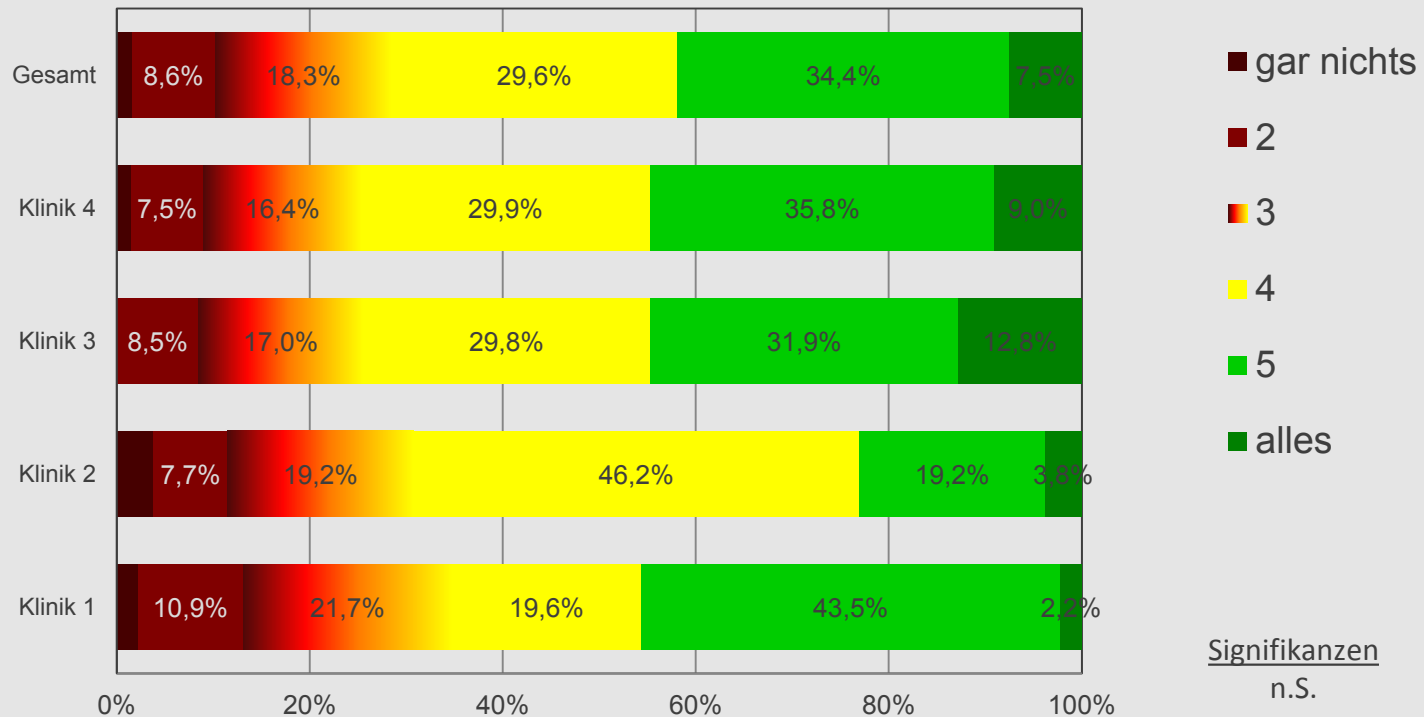
„Wieviel von dem, was Sie in der Klinik gelernt haben, konnten Sie bisher in Ihrem **privaten** Alltag umsetzen?“



Patientenbefragung – 1 Jahr nach Betsi-Beginn



„Wieviel von dem, was Sie in der Klinik gelernt haben, konnten Sie bisher in Ihrem **beruflichen** Alltag umsetzen?“





Evidenzbasierung der Therapien

Multidisziplinäre Behandlung **unter Einbezug des Arbeitsplatzes** erfolgreich

- | | |
|-------------------------|--|
| Jellinek, HM Harvey RF: | Arch Phys Med Rehabil 2 (1982) 87-88 |
| Millstein, S. et al.: | Prosth Orthot 9 (1985) 69-78 |
| V.d.Weide et al.: | Occup Environ Med 56 (1999) 488-493 |
| Karjalainen, K: | Cochrane Datab. Syst Rev 3 (2000) |
| Verbeek, JH et al.: | Scand. J. Work Environ. Health 27 (2001) 346-352 |
| Feuerstein et al.: | J Occup Environ Med 45 (2003) 803-812 |
| Waddell G.; Burton, AK: | Best Pract Res Clin Rheumatol 19 (2005) 655-670 |
| Carroll C et al.: | Disab Rehab 32 (2010) 607-621 |
| v. Vilsteren et al.: | Coch Database Syst Rev 5 (2015) doi 10.1002-14651858 |

Rückenschmerz / MBOR: deutsche Studien



- Multidisziplinäre Behandlung beim chronischen Rückenschmerz unter Einbezug des Arbeitsplatzes ist erfolgreich:
 - Müller-Fahrnow/Landau 2004/2005
 - Dibbelt/Büschel/Greitemann 2004/2006
 - Knörzer/Presl 2005
 - Streibelt/Müller-Fahrnow et al. 2006
 - Muraitis/Müller-Fahrnow et al. 2006
 - Streibelt, Blume et al. 2008 (ökonom. Benefit)
 - Bethge, Herbold et al. 2010 (2,4-fach höhere Return-to-work-Rate)
- Metaanalyse Bethge/Müller-Fahrnow 2008/2011
 - Intensivierte MBOR-Programme zeigen moderate positive Effekte hinsichtlich subjektiver Gesundheit und Schmerzintensität im Vgl. zu „herkömmlicher“ orthopädischer Rehabilitation **mit auch langfristigem Effekt**

Anpassung an Krankheitsspektren



⇒ erforderliche Anpassungen am Bsp. Muskel-Skelett-Apparat:

⇒ Anpassung der Arbeitsplätze an die Situation älterer AN

⇒ Hilfsmittel an den Arbeitsplätzen

⇒ Ggf. flexible Arbeitszeitmodelle in Bezug auf körperliche Belastungen

⇒ „Aktive“ und ggf. flexiblere Arbeitspausen

⇒ Betriebliches Gesundheitsmanagement

⇒ Rehabilitation mit Fokus auf „Komorbiditäten“

(Bspw. beim chron. Rückenschmerz neben Training insbes. Verhaltens-Umorientierungen)

MBOR - Stufen



MBOR A: Beschäftigung mit beruflicher Situation des Versicherten

MBOR B: Patienten mit besonderer beruflicher Problemlage

Langzeit-AU

AF, aber Arbeitsplatz in näherer Zukunft erheblich gefährdet

ALO mit Umorientierungs-Bedarf

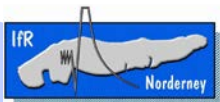
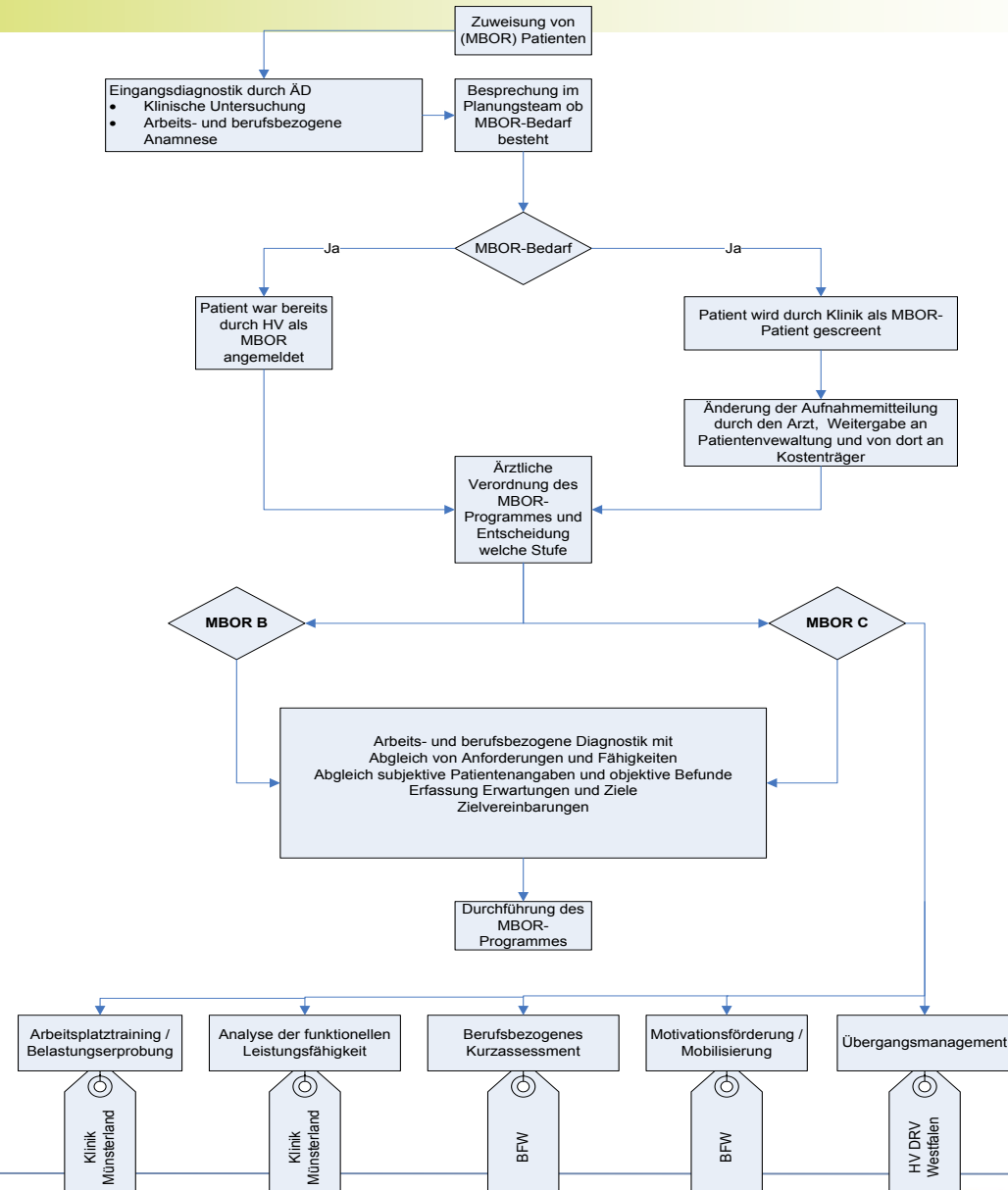
MBOR C: formale Kooperationen mit beruflichem Bildungsanbieter (bspw. BFW)



MBOR- Arbeitsplatz-Training



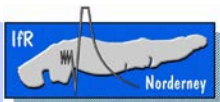
Ablauf



Evidenzlage MBOR



s. Beitrag Prof. Bethge



Prof. Dr. B. Greitemann
Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland





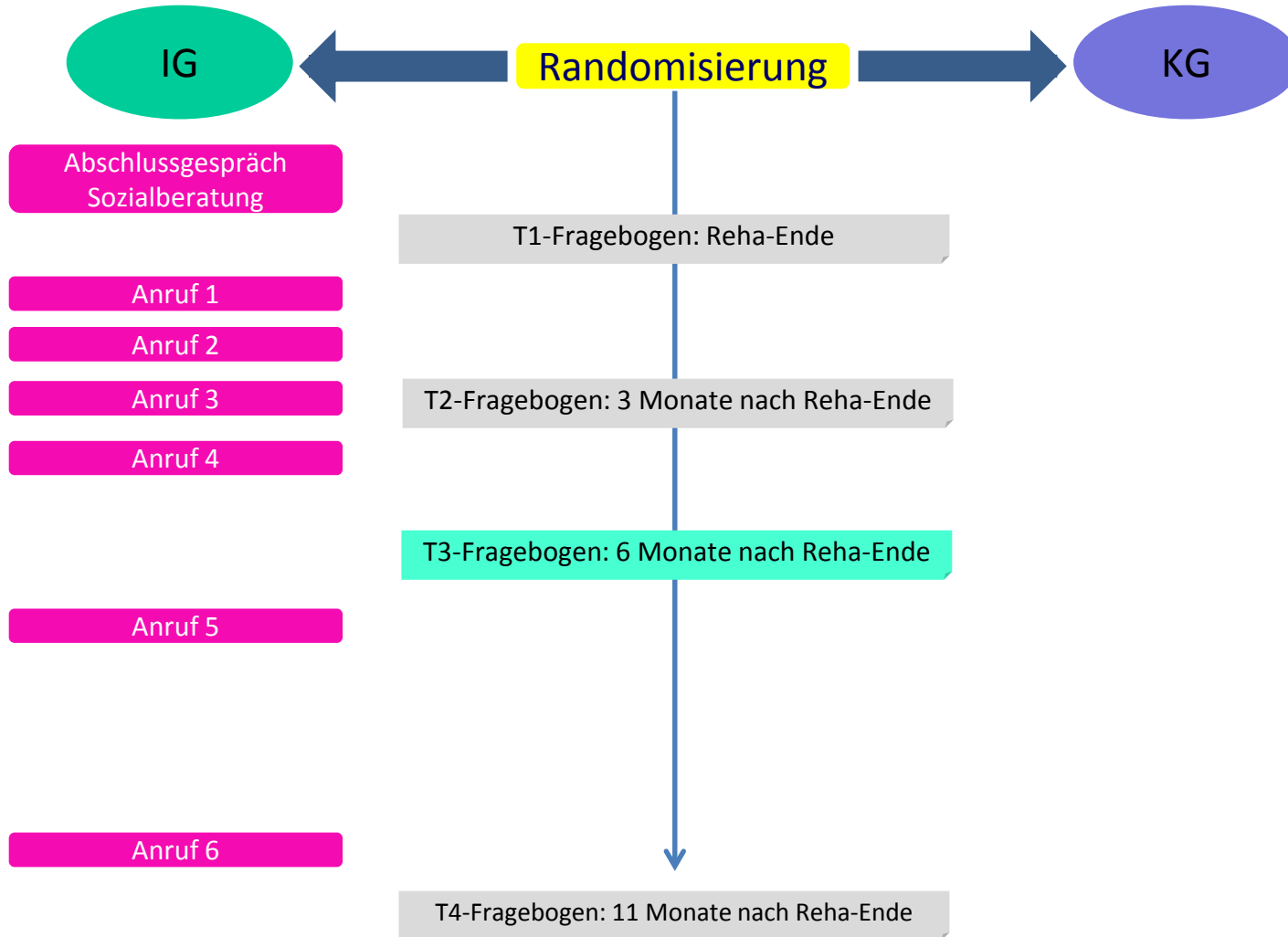
TeNoR:

Telefonische Nachsorge in der orthopädischen Rehabilitation

Effekte der telefonischen Nachsorge durch den Sozialdienst einer Reha-Klinik für MBOR-Rehabilitanden sechs Monate nach Ende der Reha-Maßnahme

- Abteilungsleitung: B. Greitemann (Bad Rothenfelde)
- Projektleitung: S. Fröhlich & Projektmitarbeiter: R. Niemeyer
- Gefördert vom Verein für Rehabilitationsforschung Norderney

Methoden Ablauf TeNoR 2



Stichprobe TeNoR 2



77,4% männlich

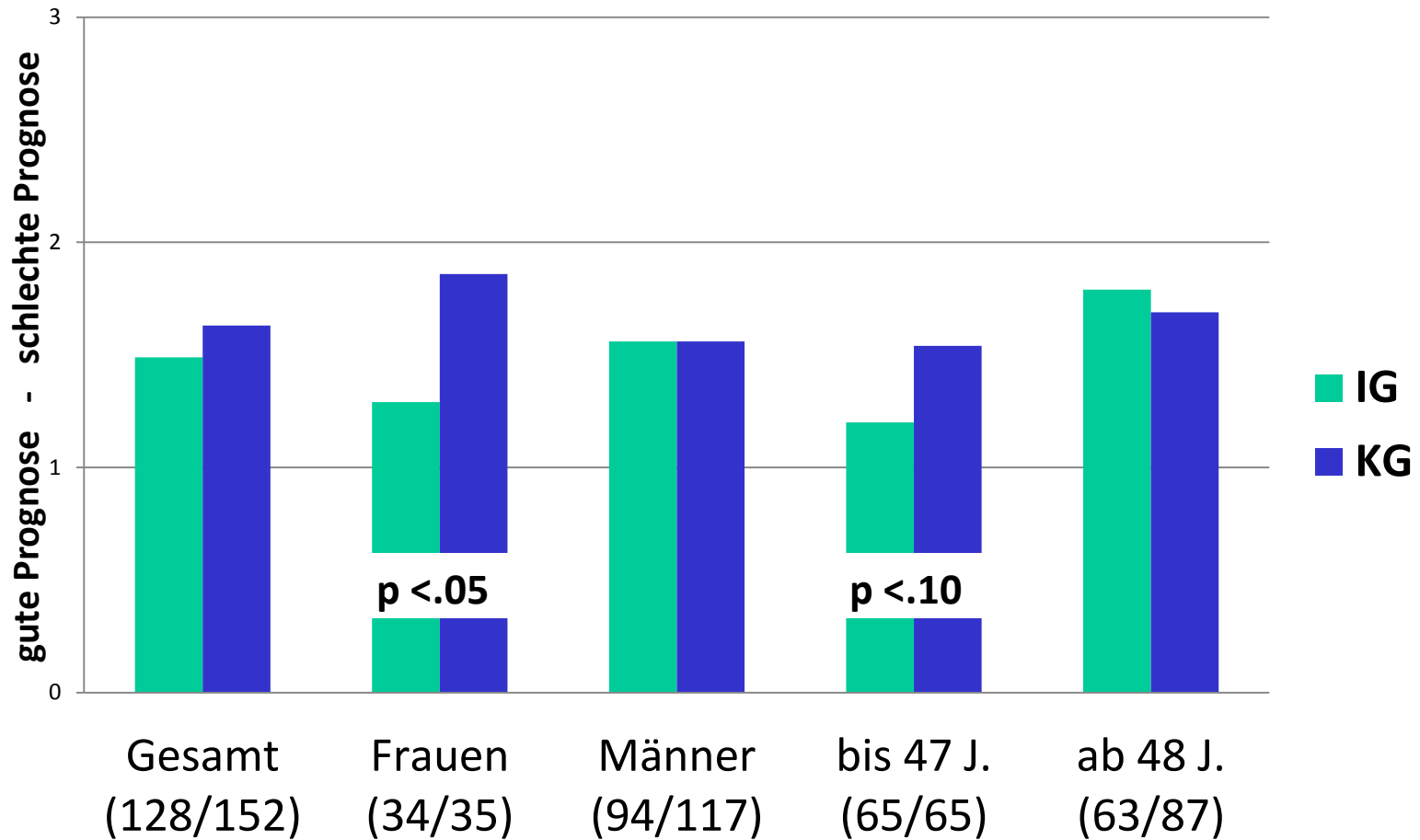
Durchschnittsalter: 45,4 (SD = 9,2, 18-62) Jahren.

91% der Teilnehmer hatten die deutsche Staatsangehörigkeit.

55% hatten als höchsten Schulabschluss Volks-/Hauptschulabschluss angegeben.

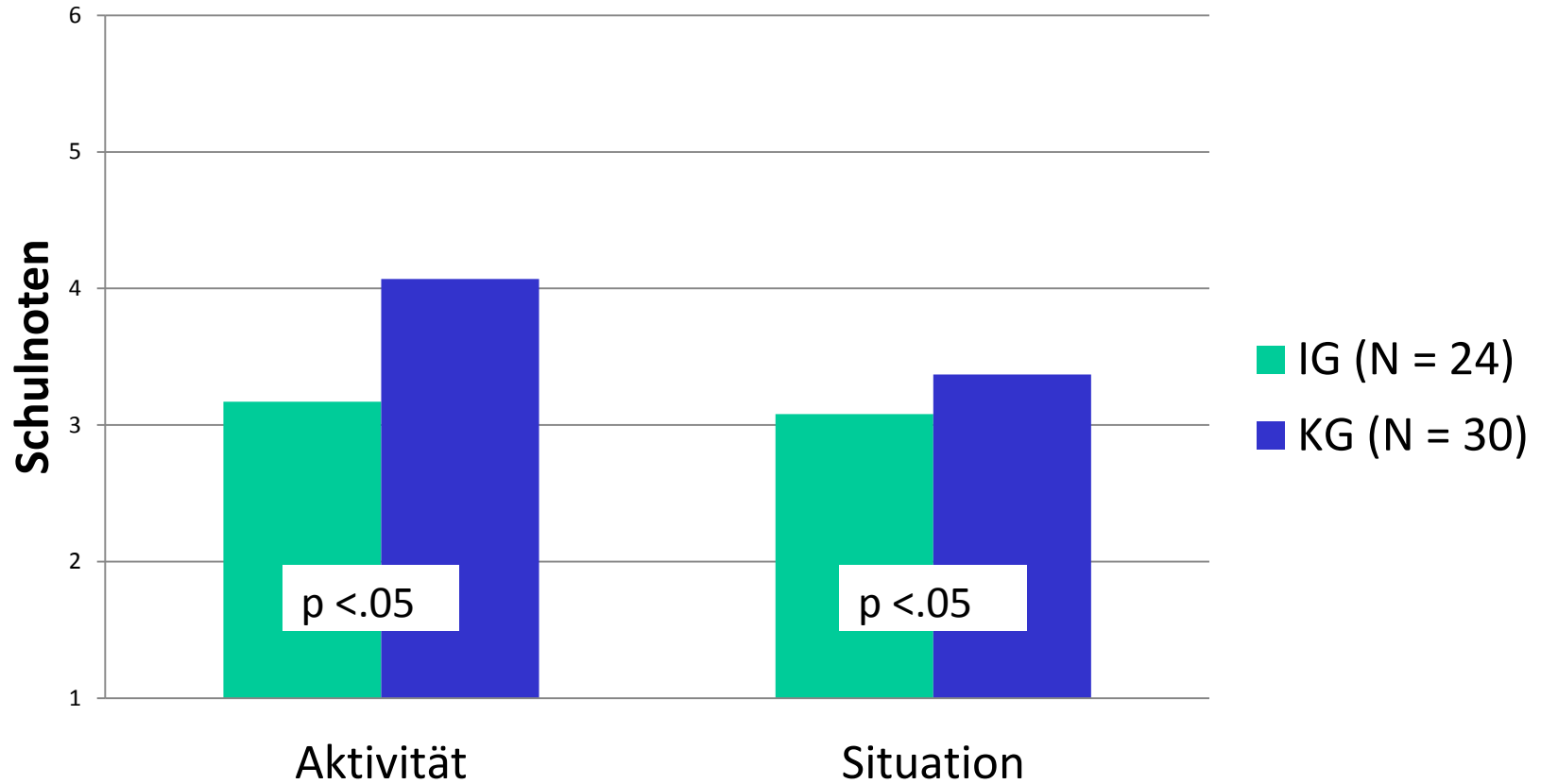


Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) 6 Monate nach Reha-Ende





Bereich "Beruf, Arbeit" - 6 Monate nach Reha-Ende (Frauen - ohne Tn mit Au > 1 Jahr)



Rehabilitation – gerade auch bei Älteren!



- Reintegration bei Arbeitern ist abhängig von
 - Bildung
 - Berufsausbildung
 - Einkommen
 - Tate,G. Am J Phys Med Rehabil 71 (1992) 92-96
- Die Möglichkeit beruflicher Reintegration ist **altersabhängig**
 - Regel,G. Unfallchirurg 96 (1993) 341-349
- **Dieser Faktor muss sich verändern!**

Partizipationsprogramme speziell für Ältere?



Steenstra I et al. J Safety Res 60 (2017) 93-102

Systematisches Review von Programmen zur Partizipation älterer Arbeiter

- Benefits von Arbeit bei Älteren (Waddell 2007, Black 2008) ist evident
- 14 Studien gefunden und ausgewertet
- Ältere zeigen mehr chron. Erkrankungen und ein erhöhtes Risiko für Arbeitsplatzverlust
 - Nur wenig wirklich spezifische Angebote
 - Moderate Evidenz für die Effektivität von multimodalen Programmen
 - Arbeitsplatz-Orientierung und Einbezug von Kostenträgern effektiv

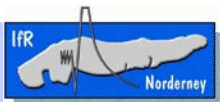
International



Walseth KH et al. J Occup Rehab 28 (2018) 265-278

Randomisierte kontrollierte Studie zu Effektivität eines telefonischen Follow-Ups nach MBOR

Höhere RTW-Rate > 1 Jahr nach Programm

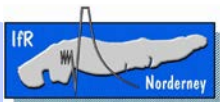


Weitere Forschungsfelder



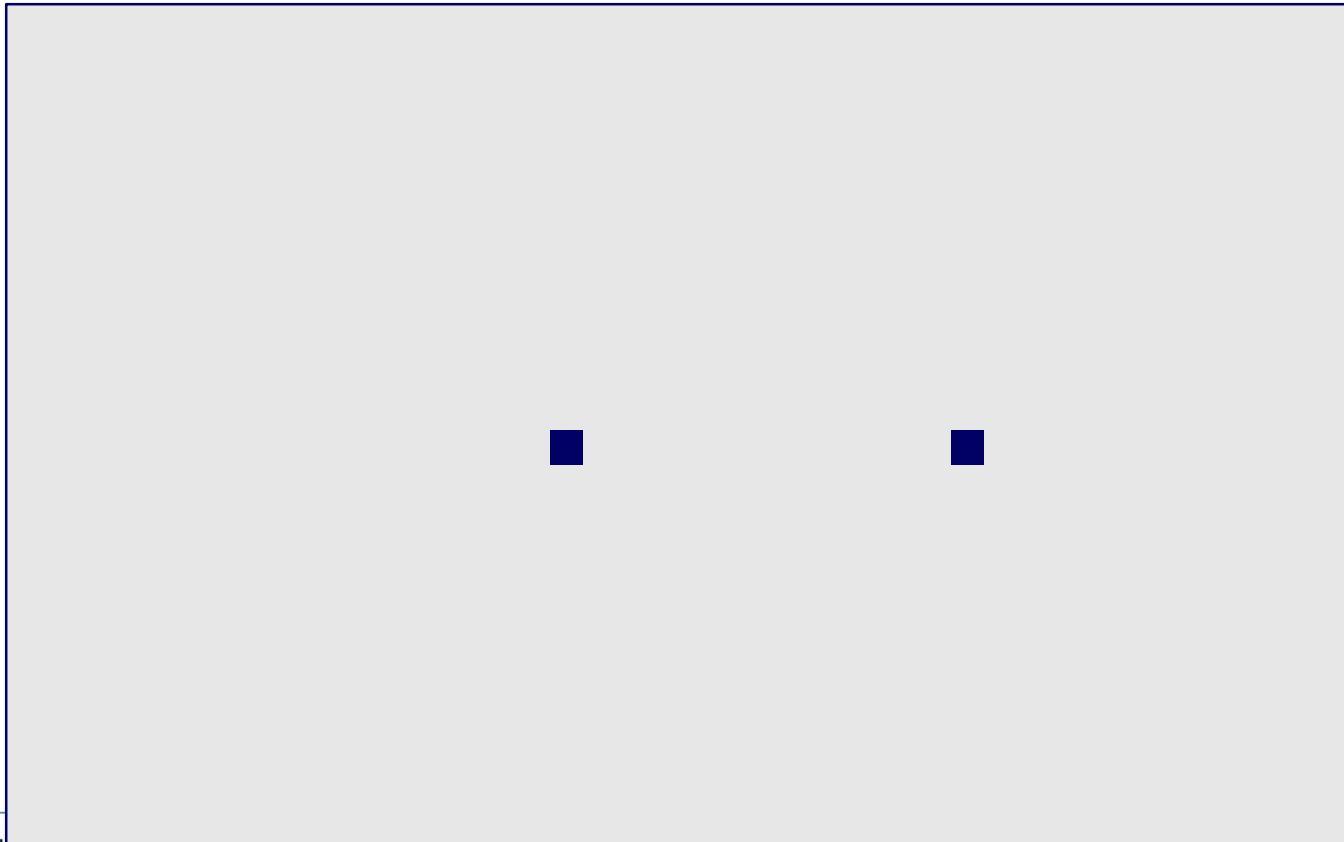
RTW

- bei H-TEP und K-TEP
- Bei KB-Ruptur-Patienten





Und was ist das ?



H. Raspe





2 x 3 Wochen medizinische Reha in einem 40jährigen Arbeitsleben

Kleine Inseln in einem großen Ozean

H. Raspe



Dies ruft nach Vernetzungen der Reha mit .

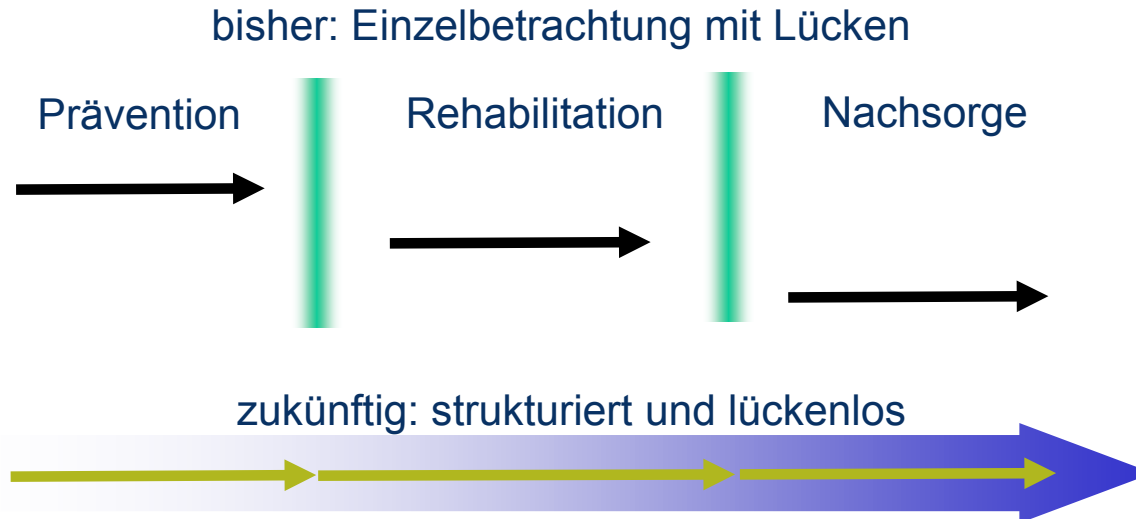
- der Lebenswelt und Familie der Versicherten
- ihrer Arbeitswelt und Arbeitsstätte
- ihrer bisherigen und weiteren medizinischen Versorgung
- relevanten Selbsthilfegruppen/organisationen
- weiteren Sozialversicherungsträgern, v.a. der GKV, UV, Arbeitsverwaltung - - -

H. Raspe



⇒ Case-Management

- Notwendigkeit einer durchgehenden Versorgung, organisiert durch ein fortlaufendes Case-Management



Zukünftige Forschungsfelder:



- Ursachenforschung Rückenschmerz
 - Auswirkung der psychischen Comorbidität
 - Dosis-Wirkungs-Beziehungen in der Bewegungstherapie
 - Subgruppendetektion
- Spezielle Angebote (Migranten, ältere Arbeitnehmer, Schichtarbeiter)
- Outcome (Zufriedenheit? Prozessqualität? AU? Lebensqualität? Teilhabe?)
- MBOR
 - Ursachenforschung Arbeitsumfeld
 - Screening-Instrumente und Steuerung
- Flexible Reha-Modelle, Interventionsforschung
- Einsatz neuer Medien
- Nachsorge (wissen wir viel zu wenig !!)
 - ICF-Orientierung

und: Untersuchung der qualitativen Inhalte der Therapien !



**Es gibt viel zu tun
- packen wir es an !**