



Ausgabe 03/2022

Rehab Science Spotlight



Newsletter des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) e. V.

Inhalt

Returning to work and the impact of post COVID-19 condition: A systematic review



Suizidprävention in der Medizinischen Rehabilitation SUP-MR



Interview mit Dr. Dieter Benninghoven zum Thema Suizidalität



14. Reha-Symposium des NRFB in Nürnberg



Termine



Im Fokus

Wir berichten auf den Seiten 2 und 3 über den Zusammenhang zwischen Post-Covid-19 und der Rückkehr an den Arbeitsplatz.



Vorwort

Sehr geehrte Mitglieder,

das Jahr neigt sich dem Ende entgegen und vor Ihnen liegt die inzwischen letzte Ausgabe des *Rehab Science Spotlight* aus 2022. Anlässlich des Welt-Suizid-Präventionstages, der von der WHO auf den 10. September gelegt wurde, haben wir ein Interview zu dem Thema Suizidalität mit dem Psychologischen Psychotherapeuten PD Dr. Dieter Benninghoven durchgeführt und stellen Ihnen die Studie SUP-MR zur Suizidprävention in der medizinischen Rehabilitation vor. Zudem ist die Vorstellung einer Studie über die Rückkehr an den Arbeitsplatz in Zusammenhang mit Long-Covid-19 Gegenstand des neuen Newsletters. Ein Bericht über das 14. Reha-Symposium des NRFB, bei dem es u. a. um transdisziplinäre Zusammenarbeit in der Rehabilitation ging, rundet diese Ausgabe ab.

Wir wünschen Ihnen ein erholsames und schönes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch in das Jahr 2023!

Melanie Hümmelgen

Vorstandsvorsitzende

Matthias Bethge

stellv. Vorstandsvorsitzender

Friederike Thome-Soós

Wissenschaftliches Sekretariat

Die Auswirkungen von Covid-19 auf die Arbeitswelt waren und sind enorm. Die Verlagerung von der Präsenzarbeit zu mobiler Arbeit reduzierte zwar die Übertragung des Virus am Arbeitsplatz und bot einigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die Möglichkeit sicher von zu Hause aus zu arbeiten, jedoch veränderte dies auch die Arbeitsdynamik, das Aufgabenspektrum und die Arbeitszeiten. Zudem war nicht für alle Professionen die Möglichkeit zur mobilen Arbeit gleichermaßen gegeben und viele Arbeitskräfte waren mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko konfrontiert. Dies betraf insbesondere Fachkräfte des Gesundheitswesens. Mittlerweile steht die Arbeitswelt vor der Herausforderung die Folgen von Long-Covid-19 zu bewältigen.

Während die Rekonvaleszenz bei nahezu jedem zehnten Erkrankten mehr als drei Wochen dauert, können die gesundheitlichen Beeinträchtigungen selbst nach einem leichten Krankheitsverlauf mitunter auch Monate anhalten. Nach neuen Schätzungen der American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, sind 30 % der überlebenden Patientinnen und Patienten von Long-Covid-19 betroffen. Diese alarmierenden Daten stellen, von dem Leidensweg der Betroffenen einmal abgesehen, aufgrund der medizinischen Kosten und aufgrund des Einflusses, den die anhaltenden Symptome auf die Produktivität oder Arbeitsfähigkeit haben, einen sekundären Gesundheitsnotstand dar.

Die akuten Auswirkungen von Covid-19 wurden seit Ausbruch der Krankheit hauptsächlich in Bezug auf Prävalenz, Mortalität, Hospitalisierung sowie Intensivtherapie bewertet. Die langfristigen Auswirkungen, insbesondere in Bezug auf die öffentliche Gesundheit und die arbeitsplatzbedingten Kosten wurden hingegen weitgehend außer Acht gelassen. Eine Meta-Analyse, die unabhängig von Covid-19 durchgeführt wurde, konnte zeigen, dass die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer kritischen Erkrankung häufig verzögert (33 % nach 3 Monaten, 55 % nach 6 Monaten und 56 % nach 12 Monaten) oder überhaupt nicht stattfindet. Vor diesem Hintergrund beabsichtigten Gualano

FAQ: Public Health Emergency of International Concern

Eine „gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite“ ist ein von der WHO nach Artikel 12 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) festgestelltes Ereignis. Gemeint ist damit eine "Situation, die ernst, ungewöhnlich oder unerwartet ist; die bedeutend ist für die Volksgesundheit jenseits der Grenzen des betroffenen Staates; und die sofortiges internationales Handeln erfordern kann“.

Seit dem Inkrafttreten der internationalen Gesundheitsvorschriften im Jahr 2005 wurden von tausenden Ereignissen, die seitdem an die WHO gemeldet wurden, folgende gesundheitliche Notlagen internationaler Tragweite festgestellt: Influenza A (April 2009), Poliomyelitis (Mai 2014), Ebola-Fieber (August 2014), Zikavirus (Februar 2016), Ebola-Fieber (Juli 2019), Corona-Virus (30. Januar 2020), Affenpocken (23. Juli 2022).

und Kolleginnen/Kollegen die Auswirkungen von Covid-19 auf Arbeitsfähigkeit und Rückkehr zur Arbeit bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten systematisch zusammenzufassen.

Die Autorengruppe recherchierte dazu in PubMed, ISI Web of Knowledge und Scopus. Es wurden nur hospitalisierte oder intensivmedizinisch behandelte Patientinnen und Patienten eingeschlossen, da die Auftretenswahrscheinlichkeit des Post-Covid-19-Syndroms und Covid-19-Folgeschäden bei diesen erhöht ist. Eingeschlossen wurden nur Studien, die Personen berücksichtigten, bei denen vor Krankheitseintritt ein Beschäftigungsverhältnis gegeben war.

Die systematische Suche identifizierte elf relevante Studien. Der Nachbeobachtungszeitraum der Studien variierte zwischen zwei und sechs Monaten nach der Hospitalisierung. Drei der elf Studien wurden in den USA durchgeführt, zwei in Italien, zwei in China sowie je eine in Australien, Frankreich, Finnland und den Niederlanden. Die Stichprobengröße lag zwischen 22 und 233 Teilnehmenden.

Gualano und Kolleginnen/Kollegen berichten, dass

Gualano MR et al. (2022): Returning to work and the impact of post COVID-19 condition: A systematic review

die Rückkehrquote zwischen 10 % und 100 % lag und abhängig war von der Länge des Nachbeobachtungszeitraumes und des Landes, in dem die Studie durchgeführt wurde.



Die geringste Rückkehrquote wurden in den Studien mit einem Beobachtungszeitraum von zwei Monaten beobachtet, während sechs Monate nach Hospitalisierung in den meisten Studien mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patientinnen wieder an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt waren.

In den in China durchgeführt Studien kehrten davon abweichend trotz eines geringen Nachbeobachtungsintervalls von zwei bis drei Monaten mehr als 90 % an den Arbeitsplatz zurück. Die niedrigste Rückkehrquote mit nur 10 % wurde in einer Studie in den Niederlanden mit einem Nachbeobachtungsintervall von sechs Monaten festgestellt. Die Rückkehrquote in zwei amerikanischen Studien war angesichts des vergleichsweise kurzen Nachbeobachtungsintervalls von zwei Monaten wiederum recht hoch. Die schnelle Wiedereingliederung in den Vereinigten Staaten könnte darauf zurückzuführen sein, dass nicht alle eingeschlossenen Personen Anspruch auf krankheitsbedingte Lohnersatzleistungen hatten. Zudem könnten die länderspezifischen Ergebnisse auch auf die unterschiedliche Altersstruktur der Studienpopulationen zurückzuführen sein: Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der in China durchgeführten Studien hatten das niedrigste Durchschnittsalter (unterhalb von 50 Jahren). In allen anderen Studien lag das Durchschnitts- oder Medianalter zwischen 50 und 65 Jahren. Laut Gualano und Kolleginnen/Kollegen hatte vermutlich auch der unterschiedliche Anteil intensivmedizinisch behandelter Patientinnen und Patienten einen wesentlichen Einfluss auf die berichteten Rückkehrquoten.

Das Wichtigste in Kürze:

Hintergrund: Die Rückkehr an den Arbeitsplatz ist nach einer kritischen Erkrankung häufig verzögert (33 % nach 3 Monaten, 55 % nach 6 Monaten und 56 % nach 12 Monaten) oder findet überhaupt nicht statt

Ziele: Analyse der Rückkehr an den Arbeitsplatz bei hospitalisierten oder intensivmedizinisch behandelten Covid-19-Patientinnen und Patienten

Ergebnisse: Die Rückkehrquote lag zwischen 10 % und 100 % und hängt von der Länge des Nachbeobachtungszeitraumes und des Landes, in dem die Studie durchgeführt wurde, ab.

In einigen Studien wurde zudem über verbleibende Beeinträchtigungen berichtet, die selbst Monate nach einer akuten Covid-19- Infektion andauerten und Anpassungen von Arbeitsaufgaben und/oder Arbeitszeiten erforderlich machten.

Eine Charakterisierung der Patientinnen und Patienten nach Komorbiditäten wurde nicht vorgenommen. Des Weiteren wurde auch nicht nach der vorherrschenden Virusvariante unterschieden.

Zusammenfassend legen die Autorinnen und Autoren nahe, dass sich die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Covid-19 nicht mehr in der Lage sind, ihre Arbeit aufzunehmen, spürbare Auswirkungen auf die Arbeitswelt haben wird. Insbesondere Post-Covid-19 ist ein wachsendes Problem. Aus arbeitsmedizinischer Sicht sollte der Wiedereingliederungsprozess nach Covid-19 durch individuelle Anpassungen der Arbeitsbedingungen unterstützt werden.

In Deutschland dürften v. a. das betriebliche Eingliederungsmanagement und die stufenweise Wiedereingliederung hilfreiche Strategien sein, um die Rückkehr in Arbeit nach Covid-19 zu begleiten.

Weitere Informationen

Die vollständige Publikation ist unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35938280/> verfügbar.

Suizidprävention in der medizinischen Rehabilitation (SUP-MR)

Jährlich begehen laut Schätzungen der WHO weltweit mehr als 700.000 Menschen Suizid. Im Jahr 2019 nahmen sich in Deutschland mehr als 9000 Personen das Leben. Zur Verhinderung eines Suizids ist die Früherkennung des Suizidrisikos zentral. Leider stehen die Präventionsmaßnahmen noch immer in keinem Verhältnis zu der Anzahl an Hilfesuchenden oder Betroffenen.

Da chronische Erkrankungen nicht nur körperliche Einschränkungen zur Folge haben, sondern auch mit einer erhöhten Prävalenz psychischer Beschwerden und Erkrankungen einhergehen können, liegt die Vermutung nahe, dass auch in der medizinischen Rehabilitation suizidale Menschen aufgenommen werden. In den meisten Rehabilitationseinrichtungen wird jedoch einer möglichen Suizidalität derzeit nicht systematisch nachgegangen. Gängig ist hingegen die Erfassung von Depressivität, die der wichtigste Risikofaktor für Suizidalität ist. Dazu wird vorrangig der PHQ-9 verwendet, der eine einfache, schnelle und standardisierte Selbstauskunft ermöglicht. Mit der Frage: „Haben Sie Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?“ soll auf das Vorliegen von Suizidalität geschlossen werden (Item 9 bzw. Suizidalitätsitem). Wie genau dieses Item Suizidalität im rehabilitativen Setting erkennt, ist allerdings unklar.

Eine Studie, die von der Mühlenbergklinik und der Universität zu Lübeck durchgeführt wurde, hat vor diesem Hintergrund die Häufigkeit von Suizidalität unter Patientinnen und Patienten, die eine Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhalten, erfasst und die diagnostische Genauigkeit des Suizidalitätsitems des PHQ-9 zur Identifikation von Suizidalität geprüft. Außerdem wurde im Rahmen der Studie eine Prozessevaluation des in der Rehabilitationsklinik implementierten Präventionskonzeptes durchgeführt.

In der Mühlenbergklinik wurden zunächst alle teilnehmenden Personen am Beginn der Rehabilitation mit dem PHQ-9 gescreent. Die Häufigkeit von Suizidalität wurde anschließend verblindet mit der Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) erfasst.



Die C-SSRS ist ein standardisiertes Interviewverfahren und gilt als Goldstandard in der Bestimmung von Suizidalität. Das Interview wurde von geschultem Personal zusammen mit den Patientinnen und Patienten durchgeführt. Ein positives Ergebnis in der C-SSRS wurde festgestellt, wenn Suizidgedanken mit Handlungsintention oder zurückliegendes suizidales Verhalten vorlagen. Die Patientinnen und Patienten, die entweder für das Item 9 des PHQ-9 einen Wert > 0 angaben (mindestens an einzelnen Tagen Gedanken, lieber tot zu sein, oder sich Leid zufügen zu wollen) oder im PHQ-9 einen Summenwert > 14 erreichten (schwere depressive Symptomatik) oder in der C-SSRS ein positives Ergebnis erzielten, wurden für weitere Diagnostik und Behandlung einem Psychologischen Psychotherapeuten oder einem Facharzt für Psychosomatische Medizin in der Mühlenbergklinik zugewiesen. In Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten konnten bei bestehenden suizidalen Gedanken weiterbehandelnde Personen informiert werden. Die Patientinnen und Patienten erhielten zudem Informationsmaterial zum Thema Suizidalität.

In die Studie wurden 405 Personen eingeschlossen (48,9 % männlich, mittleres Alter 54,2 Jahre).

Zwei Personen der Gesamtstichprobe (0,5 %) hatten eine positive C-SSRS, 42 Personen (10,4 %) bejahten das Item 9 des PHQ-9 (Gedanken lieber tot sein zu wollen oder sich Leid zufügen zu wollen) und bei 31 Personen (7,7 %) lag eine schwere depressive Symptomatik vor (PHQ-9-

Suizidprävention in der medizinischen Rehabilitation- SUP-MR

Gesamtscore > 14).

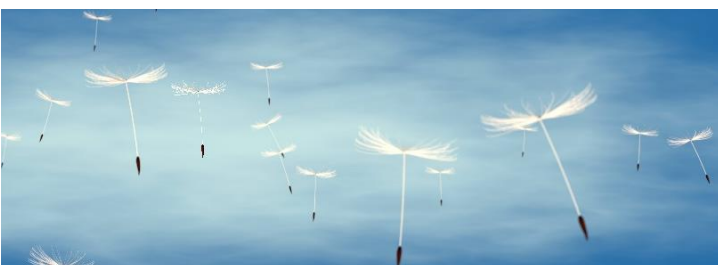
Bei 16 Personen (4,0 %) lagen der C-SSRS folgend unspezifische aktive Suizidgedanken vor („Haben Sie tatsächlich schon einmal daran gedacht, sich umzubringen?“).

Das Item 9 des PHQ-9 (Sensitivität = 50 %, Spezifität = 89 %) und ein hoher PHQ-Gesamtscore (> 14 Punkte) (Sensitivität = 50 %, Spezifität = 93 %) identifizierten beide jeweils eine der beiden suizidalen Personen. In der Sensitivitätsanalyse, in der als Referenz das ebenfalls mit der C-SSRS erfasste Vorliegen unspezifischer aktiver Suizidgedanken verwendet wurde, identifizierte das Item 9 des PHQ-9 13 von 16 suizidalen Personen (Sensitivität = 81 %, Spezifität = 92 %). Der PHQ-Gesamtscore (> 14 Punkte) erkannte lediglich fünf von 16 suizidalen Personen (Sensitivität = 31 %, Spezifität = 93 %).

Die Studie zeigt eine sehr geringe Prävalenz von Suizidalität, gemessen mit der C-SSRS unter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Muskel-Skelett-Erkrankungen und kardiologischen Erkrankungen in der Mühlenbergklinik. Unspezifische Suizidgedanken, die sich auf die Handlung beziehen, sich umbringen zu wollen, wurden bei immerhin 4 % festgestellt. Diese wurden mit dem Suizidalitätsitem des PHQ-9 gut erkannt und zwar besser als mit dem PHQ-9-Gesamtscore.

Der geringe Vorhersagewert des neunten Items des PHQ-9 für Suizidgedanken mit Handlungsintention legt nahe, dass die unmittelbare Gefahr eines Suizids bei positiver Antwort gering ist. Allerdings bestätigten sich bei fast einem Drittel der Studienteilnehmenden, mit einer auffälligen Angabe auf dem PHQ-9-Item, unspezifische aktive Suizidgedanken.

Aus unserer Sicht sollte ein auffälliger Wert im neunten Item des PHQ-9 psychodiagnostisch abgeklärt werden.



SUP-MR auf einen Blick

Projektlaufzeit: 01.01.2020 bis 30.06.2021

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Studiendesign: Querschnittstudie

Zielgruppe: Personen, die eine Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhalten

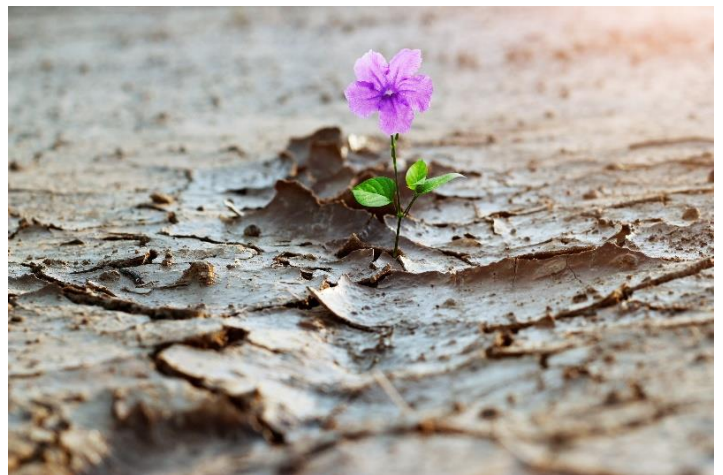
Stichprobengröße: 405 Teilnehmende

Ziel: Erfassung der Häufigkeit von Suizidalität unter Prüfung der diagnostischen Genauigkeit des Item-9 des PHQ-9 und Durchführung einer Prozess-evaluation des implementierten Präventionskonzeptes.

Methodische Vorgehensweise: Unabhängige Durchführung von Screening und Referenzstandard in konsekutiv rekrutierter Stichprobe

Ergebnisse: Vorliegende Suizidalität nach C-SSRS bei 0,5 %, schwere depressive Symptomatik (PHQ > 14) bei 7,7 %, positive Antwort auf Item 9 des PHQ-9 bei 10,4 %

Schlussfolgerung: Auch wenn Suizidgedanken mit Handlungsintention in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation eher selten sind, ist das neunte Item des PHQ-9 zur Identifizierung unspezifischer aktiver Suizidgedanken sowohl sensitiv als auch spezifisch.



Kontakt

Bei Fragen kontaktieren Sie gerne Prof. Dr. Bethge (matthias.bethge@uksh.de) oder Frau Sternberg (annika.sternberg@uksh.de) vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck.

Die WHO hat zusammen mit der International Association for Suicide Prevention (IASP) den 10. September zum Welttag der Suizidprävention erklärt. Diesen Tag möchten wir zum Anlass nehmen und der Thematik ein eigenständiges Kapitel in unserem Newsletter widmen. Auch wenn der Suizid bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 24 Jahren die zweithäufigste Todesursache darstellt, werden absolut gesehen, die meisten Suizide von Menschen der Altersgruppe zwischen 50 - 65 Jahren begangen. In Deutschland sterben mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Gewalttaten, Drogen und AIDS zusammen.

Neben seelischen Störungen können zum Beispiel auch übermäßiger Stress, finanzielle Probleme, schwere Erkrankungen und familiäre Konflikte zu den Faktoren zählen, die eine Suizidabsicht begünstigen.

Herr PD Dr. Dieter Benninghoven ist Leitender Psychologe in der Mühlenbergklinik, Holsteinische Schweiz. Er hat gemeinsam mit der Universität zu Lübeck eine Studie zur „Suizidprävention in der Medizinischen Rehabilitation (SUP-MR)“ ins Leben gerufen.

Was waren Ihre Beweggründe für die Durchführung der Studie?

Wir wissen, dass körperliche Erkrankungen ein Risikofaktor für suizidale Gedanken sind bzw. eine Risikokonstellation für suizidales Verhalten darstellen können. Wenn Patientinnen und Patienten eine schwerwiegende Erkrankung diagnostiziert wird oder sie einen gravierenden medizinischen Eingriff hinter sich haben, kann dies suizidale Gedanken oder sogar suizidales Verhalten triggern. Da die Menschen oft in genau solchen Situationen eine Rehabilitation in Anspruch nehmen, ist die Rehabilitation eigentlich für entsprechende präventive Interventionen prädestiniert.

Zumindest sollte Suizidalität erfragt werden.

Wie schätzen Sie das Suizidalitätsitem des PHQ-9 zur standardmäßigen Erfassung der Suizidalität bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein?

Die Frage ist aus verschiedenen Blickwinkeln aus zu betrachten:

Erst einmal wird leider die Chance, Patientinnen und Patienten in der

Reha überhaupt auf das Thema Suizid anzusprechen, in der Praxis in der Regel vertan. Jedenfalls findet eine entsprechende Diagnostik nicht routinemäßig statt. Das hatten wir uns jedoch zum Ziel gesetzt. Bereits vor der Studiendurchführung wollten wir obligatorisch nach suizidalen Gedanken fragen. Das haben wir gemacht, indem wir den PHQ-9, der eine Frage nach der Suizidalität enthält, als Routinediagnostikum in der Mühlenbergklinik eingeführt haben. In der Folge wollten wir dann wissen, wie Patientinnen und Patienten es finden, so direkt auf diese Thematik angesprochen zu werden. Und wir wollten auch schauen, welche Hilfsangebote wir gegebenenfalls machen können. Methodisch wollten wir mit der C-SSRS, dem Goldstandard in der Suizidalitätserfassung, überprüfen, wie spezifisch und wie sensitiv das PHQ-9-Item ist. Es zeigte sich, dass unser Screeningitem die Fälle richtig erkennt, jedoch überschätzt. Das stört uns in der Praxis aber überhaupt nicht, denn wir haben in den psychologischen Einzelgesprächen die Möglichkeit, die Thematik aufzugreifen, nachzuerfassen und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten einzuordnen. Diejenigen, die ein wirkliches Problem haben, erfassen wir auch mit dem PHQ-9. Von daher sind die Studienergebnisse für die praktische Anwendung gut, auch wenn eine akute suizidale Krise in der Rehabilitation eher selten auftritt. Trotzdem haben wir mit dem Instrument die Möglichkeit, auch diese seltenen Fälle zu erfassen, da wir relativ breit screenen können. Das C-SSRS-Interview hingegen wäre als Routinediagnostikum viel zu aufwändig.

Also könnte der PHQ-9 standardmäßig in den Klinikalltag integriert werden?

Ja. Das machen wir auch. Und ein großer Vorteil ist, dass der Einsatz v. a. auch die Klinikmitarbeiterinnen und –mitarbeiter schult,



Interview mit PD Dr. Dieter Benninghoven zu dem Thema Suizidprävention

sich mit dem Thema Suizid zu befassen. Die Zurückhaltung gegenüber dem Thema betrifft beinahe die Profis noch mehr als die Betroffenen. Die Praxis zeigt jedoch, dass das Ansprechen der Thematik bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf gute Resonanz stößt. Und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewöhnen sich daran, auch heikle Fragen in ihr diagnostisches Repertoire zu integrieren. Dies trägt unmittelbar zur Enttabuisierung bei und vermittelt der Außenwelt, dass der Umgang mit dem Thema normal ist und auch die Gedanken nicht unüblich zu sein scheinen.

Denken Sie, dass Patientinnen und Patienten mit konkreten Absichten, diese in dem Setting zugeben würden?

Das erfährt man ja leider nur begrenzt. Aber ich denke schon, dass Menschen, die sich mit suizidalen Gedanken tragen, sehr dankbar sind, auf eine professionelle Weise auf das Thema angesprochen zu werden. Dies führt zu Entlastung, es bietet einen Rahmen, damit umzugehen, und zeigt Perspektiven auf. Wir haben auch schon solche Fälle in der Praxis erlebt. Die Patientinnen und Patienten wurden dann verlegt.

Ich frage auch aus dem Grund, da im Studienprotokoll zu SUP-MR geschrieben wurde, dass sich selbst Personen das Leben nehmen, die in Kontakt zu professionellen Gesundheitsfachberufen standen. Gibt es dafür eine Erklärung?

Natürlich ist es die Aufgabe aller professionellen Helfer, die akute Suizidalität zu erkennen, den Patienten in eine geschützte Umgebung zu bringen und den Suizid so abzuwenden. U. U. sind die betroffenen Menschen aber dennoch auch einer genauen Diagnostik und professionellen Intervention nicht zugänglich. Das müssen wir leider zur Kenntnis nehmen.



Ich sehe unsere Aufgabe in der Rehabilitation aber vor allen Dingen darin, das Thema aus

der Tabuecke herauszuholen und die Betroffenen ganz routinemäßig auf die Thematik anzusprechen. Der PHQ-9-Fragebogen erleichtert uns die standardmäßige Frage.

Konnten Sie einen Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Psyche der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beobachten?

Einen Einfluss gibt es auf jeden Fall. Wir hören immer wieder von Patientinnen und Patienten, dass sie unter COVID-19 gelitten haben. Einmal als Betroffene selbst, oft auch in Form von long-COVID oder weil Freunde oder Angehörige schwer erkrankt waren. Und die Versorgung der Angehörigen, hat aufgrund der eingeschränkten Besuchsmöglichkeiten ebenfalls viele Personen belastet. Die Quarantänesituation war natürlich besonders für depressive Patientinnen und Patienten gar nicht förderlich.



Möchten Sie noch etwas anmerken?

Meinen wichtigsten Punkt, die Enttabuisierung des Themas, sowohl in der Rehabilitation als auch im Gesundheitswesen allgemein habe ich deutlich gemacht. Es ist auch hier bei uns in der Klinik zu merken, wie Kolleginnen und Kollegen sich zunächst schwertun das Thema anzusprechen. Wir müssen aber auch mit den etwas ungemütlichen Themen eine angemessene Umgangsweise entwickeln. Die Rehabilitation ist ein gutes Momentum im Krankheitsverlauf, um das Thema zu adressieren. Die Frage nach der Suizidalität sollte so selbstverständlich zur Anamnese dazugehören, wie die Fragen nach Größe und Gewicht. Die Enttabuisierung kommt letzten Endes jedem Patienten zu Gute. Jeder Schritt in Richtung Suizidprävention ist ein wichtiger Schritt.

Vielen Dank Herr Dr. Benninghoven für Ihren Beitrag und die interessanten Einblicke.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

14. Reha-Symposium des NRFB: Innovationen in der Reha

Vom 29. bis 30. September 2022 fand das 14. Reha-Symposium des NRFB unter dem Motto „Innovationen in der Reha“ als Präsenzveranstaltung in Nürnberg statt. Ca. 40 TeilnehmerInnen nahmen an dem Symposium teil, das von dem **Netzwerk RehabilitationsForschung in Bayern e.V.** ausgerichtet wurde.

Den Auftakt bildete PD. Dr. Peter Gelius mit einer Einführung in die transdisziplinäre Forschung und interdisziplinäre Zusammenarbeit. In seinem Vortrag wurden partizipative Ansätze als Lösung für eine unzureichende Implementierung von innovativen und evidenzbasierten Interventionen beleuchtet. Darüber hinaus wurden verschiedene Projektbeispiele genannt, die als Grundlage einen transdisziplinären Ansatz vertreten, wie bspw. Capital4Health (www.capital4health.de). Im folgenden Vortrag ging es um die „Praktischen Aspekte und die Erfahrungen mit der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Reha-Wissenschaft“. Hierzu referierte Frau Prof. Dr. Mirjam Körner u. a. über die Voraussetzungen einer gelingenden interdisziplinären und interprofessionellen Forschung sowie deren Herausforderungen.

Ebenfalls interessante Impulse gab Prof. Dr. Scott Stock Gissendanner in seinem Vortrag über die Frage, „Wie die Forschung ‚ready‘ für den Klinikalltag gemacht werden soll und wie Reha-Einrichtungen ‚ready‘ für Forschung gemacht werden können“. Fünf Leitsätze wurden den ZuhörerInnen aus Forschung und Praxis mit auf den Weg gegeben, die für eine gelingende und kooperative Reha-Forschung sensibilisieren sollen. Im Anschluss an eine Kaffeepause, die zu einem fachlichen Austausch und persönlichen Kennenlernen einlud, ging es mit einer Diskussionsrunde und einem Impulsvortrag von Frau Prof. Dr. Anke Menzel-Begemann zu dem Thema „Innovation in a good mood“ weiter. Auf ein durchweg positives Echo stieß die „Science-Circle Gruppenübung“, bei der die Teilnehmenden einen praxisnahen Einblick in die transdisziplinäre Forschung erlangen durften. Hier gab es einen intensiven Austausch zwischen Wissenschaft und/oder Praxis, bei dem gemeinsam an einem runden Tisch über Ziele, Beweggründe und gemeinsame Perspektiven der Innovationen

diskutiert werden konnte.



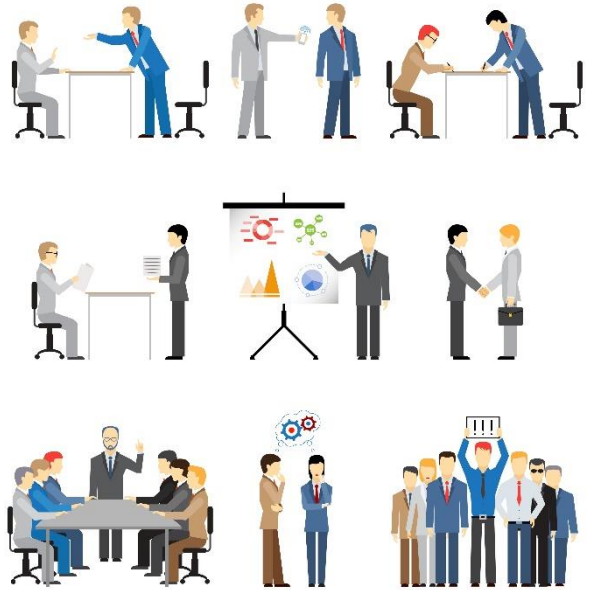
Nach einem gelungenen Abendprogramm ging es am nächsten Morgen mit Praxisempfehlungen für die Optimierung der Bewegungstherapie weiter. Herr Prof Dr. Wolfgang Geidl erläuterte eindrucksvoll die Notwendigkeit einer regelmäßigen Bewegung als „Poly-Pill“ oder auch „Best-Pill“. Im Zentrum des Vortrages lag die Aufrechterhaltung der Bewegungsintensität nach Beendigung der Reha und die Förderung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie, wobei die Verhaltensänderung eine zentrale Rolle spielt. Frau Dr. Sarah Klamroth griff ebenfalls das Thema Bewegung auf und stellte in diesem Zuge das Projekt Bewegt-Versorgt: ein Co-Production Ansatz zur Entwicklung von Bewegungsversorgungsketten vor. Ziel des Projektes ist, gemeinsam mit Akteuren des Gesundheitssystems, Versorgungsketten zur Bewegungsförderung für Menschen mit nicht übertragbaren Erkrankungen zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren.

In dem Vortrag „Innovationen und Digitalisierung: Evaluation einer webgestützten Trainingsphase im Rahmen einer Präventionsleistung der Klinik Höhenried gGmbH“ referierte Prof. Dr. Heiner Vogel über die Möglichkeit einen Teil des Präventionsprogrammes RV Fit online zu absolvieren. Wir dürfen gespannt sein auf die Ergebnisse der Studie.

14. Reha-Symposium des NRFB: Innovationen in der Reha

Den Abschlussvortrag hielt Frau Verena Hartung über die „Entwicklung und Evaluation einer internetbasierten Reha-Nachsorge für Rehabilitand*innen mit COPD“. Sie stellte die Machbarkeitsstudie COPD-AReNa mit den ersten vorläufigen, jedoch sehr vielversprechenden Ergebnissen vor.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Reha-Symposium einen umfassenden und wichtigen Austausch zu den Formen einer transdisziplinären Zusammenarbeit bot. Dadurch konnte aufgezeigt werden, wie neue innovative Wege für die Rehabilitation geschaffen werden können. Zudem zeigen die aktuellen Forschungsergebnisse und Konzepte zur Weiterentwicklung einer interdisziplinären Zusammenarbeit die Möglichkeit auf, in Zukunft denkbare Lücken zwischen Wissenschaft und Praxis zu schließen oder gar vorzubeugen.



Neue Leitlinien



Im September und Oktober wurden mehrere Leitlinien aktualisiert. Die S3-Leitlinie Unipolare Depression ist Teil des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien. Neu sind u. a. Empfehlungen zu Maßnahmen beim Nichtansprechen von Psychotherapie, zur Indikationsstellung für Rehabilitation sowie für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Arbeitsfähigkeit und zur Nutzung von Online-Programmen in der Therapie. Ergänzend wurde auch eine laienverständliche Patientenleitlinie veröffentlicht. Auch die S3-Leitlinie Chronische KHK ist Teil des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien. Neu in der aktualisierten Version, sind Entscheidungshilfen für

Patientinnen und Patienten, die damit aktiver in den Therapieprozess eingebunden werden sollen. Angepasst wurden zudem Empfehlungen zur Gewichtsstabilisierung sowie dem Einsatz von ACE-Hemmern und Betablockern. Darüber hinaus wird empfohlen, dass alle Patientinnen und Patienten nach ST-Hebungsinfarkt (STEMI), Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) und koronarer Bypass-Operation eine Rehabilitation innerhalb weniger Tagen beginnen sollen.

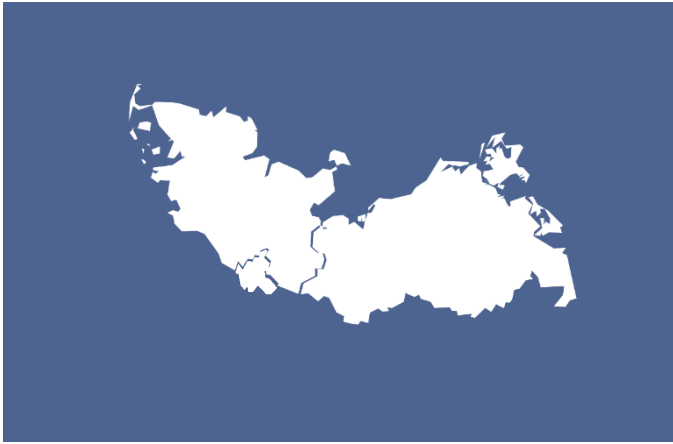
Die aktualisierte S3-Leitlinie Endometriumkarzinom ist Teil des Leitlinienprogramms Onkologie. Neu sind u. a. mehrere neue molekulare Klassifikationen, Algorithmen zur Durchführung von Therapie und Diagnostik sowie die Empfehlung der Einführung eines geriatrischen Assessments vor Operationen oder Chemotherapie. Die Information und Beratung zur medizinischen Rehabilitation wurden mit starkem Konsens in der Leitlinie verankert. Weitere Empfehlungen zur Rehabilitation finden sich im Kapitel 11.4 der Leitlinie.



Rehab Science Spotlight



Newsletter des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) e. V.



Impressum

Herausgeber:

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

<https://www.reha-vffr.de/>

Redaktion:

Wissenschaftliches Sekretariat des vffr
Dr. Friederike Thome-Soós,
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck

Tel.: +49 451 50051243

Fax: +49 451 50051204

friederike.thome-soos@uksh.de

TERMINE



- Rehabilitationswissenschaftliches Seminar am **14.12.2022**, 18.15-19.45 Uhr zu dem Thema „Das Haus für Gesundheit und Arbeit: ein Modell zur Sicherung von Erwerbsfähigkeit mit Hilfe rechtskreisübergreifender Beratung“ (<https://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/termine/rehaseminar/>)
- Rehabilitationswissenschaftliches Seminar am **11.01.2023**, 18.15-19.45 Uhr zu dem Thema „Sichtweisen zur- medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten Online-Befragung“ (<https://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/termine/rehaseminar/>)
- Rehabilitationswissenschaftliches Seminar am **25.01.2023**, 18.15-19.45 Uhr zu dem Thema „Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischen Krankheiten: Status Quo und Perspektiven“ (<https://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/termine/rehaseminar/>)
- Das 32. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium findet vom **20. bis 22. Februar 2023** im Hannover Congress Centrum (HCC) unter dem Motto „Veränderungs-kultur fördern – Teilhabe stärken – Zukunft gestalten“ statt ([link](#))