

Screeningbasierte Partizipative Entscheidungsfindung in der somatischen medizinischen Rehabilitation:

Kontinuierliches Verbesserungswesen am Beispiel psychologischer Praxis

D. Küch (1), M. Schwabe (1), H. Roßband (2), U. Brückner (1)

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Abt. Rehabilitation, Dez. 8023, Berlin

(2) Klinik Werra, Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf

Hintergrund

In der Klinik Werra, Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf mit den Indikationen Orthopädie und VMO (Verhaltensmedizin Orthopädie) wurde die Zuweisung zu diesen beiden Indikationen durch ein klinikinternes psychosoziales Screening optimiert und die Patienten in die Entscheidung mit eingebunden („partizipative Entscheidungsfindung“ = PEF). Letztere erfolgte im neu geschaffenen Gruppenangebot „Psychologische Einführung“ am zweiten Tag nach Anreise. Die Organisation der psychologiebezogenen Therapieverordnung wurde entsprechend angepasst. Vier Monate nach der Implementierung wurde das neue Vorgehen empirisch geprüft.

Methode

Zwei Monate lang (Februar und März 2009) wurden die Daten aller Patienten mit potentiell psychologischem Bedarf, welche die psychologische Einführung verordnet bekommen hatten, gesammelt. Ausgewertet wurde einerseits nach dem Umfang psychosozialer Auffälligkeiten bzw. Belastungen im 5stufigen Screening, andererseits nach dem Umfang von Übereinstimmung in der Zuweisungsempfehlung (hier Arzt und Psychologe) bzw. Wunsch / Entscheidung (hier Rehabilitand). Die Angebotszuweisung bezog sich auf sogenannte „Grundkurse“ zu Stress und Schmerz, auf psychologische Einzelgespräche und auf sog. „Intensivkurse“ (= Verhaltensmedizin) zu Stress und Schmerz.

Ergebnisse

Von 642 aufgenommenen RehabilitandInnen in den Monaten Februar und März 2009 wurden 414 (64,5 %) über das ärztliche Aufnahmegespräch als psychosozial belastet identifiziert. Von diesen waren 75,3 % Frauen, das mittlere Alter in dieser Subgruppe betrug 50,3 Jahre, mit einem Range von 22-70 Jahren. Am stärksten ausgeprägt zeigten sich „Schwierigkeiten zu entspannen“ (63,7 %), „Beeinträchtigungen durch Schmerz“ (58,8 %) und „besondere berufliche Belastungen“ (56,3 %), gefolgt mit einigem Abstand von „familiären und/oder persönlichen Problemen“ (38 %) und „Schlafstörungen“ (38 %). In der Berechnung sind nur diejenigen der 414 RehabilitandInnen berücksichtigt, welche bezüglich ihrer jeweiligen Belastung mit „eher stärker“ oder „sehr stark“ geantwortet haben, „teils-teils“-Angaben blieben unberücksichtigt (strenge Auswahl).

Die Dringlichkeit der Inanspruchnahme psychologischer Angebote korrelierte am stärksten mit „familiären oder persönlichen Problemen“ (.444), „Schwierigkeiten zu entspannen“ (.419), „Ängsten“ (.411), „Niedergeschlagenheit und Depressivität“ (.386), gefolgt von „Geiztheit/Aggressivität“ (.303), „Schlafstörungen“ (.298) und „besonderen beruflichen Belastungen“ (.296). Mehr als die Hälfte der Patienten mit starken beruflichen Belastungen

wünschte dringlich psychologische Therapieangebote. Der Zusammenhang von „Dringlichkeit psychologischer Angebote“ und „Schmerzbeeinträchtigung“ war dagegen mit .168 eher gering.

Bezüglich der Übereinstimmung in der PEF war die durchschnittliche Einigkeit in der Verneinung von Angeboten 53,2 %. Am deutlichsten war das bezüglich der Intensivkurse (>80 %), am wenigsten bezüglich des Grundkurs Stress (20,8 %). Die durchschnittliche Einigkeit in der Bejahung von Angeboten lag bei 7,28 %, besonders niedrig war sie bezüglich der Intensivkurse (1,4 bis 2,2 %). Anders ausgedrückt führte die PEF in etwa 40% aller psychologischen Therapieangebote zu divergierenden Empfehlungen bzw. Entscheidungen zwischen den drei Akteuren.

Diskussion

Psychische Komorbiditäten wie auch starke berufliche Belastungen sind in dieser Stichprobe orthopädischer Patienten auch mit strenger Prüfung zu mehr als 30 % zu finden, zumeist einhergehend mit dringlichem oder sehr dringlichem Wunsch nach psychologischen Angeboten. Diese Bedarfe erfordern entsprechende Modifikationen in den Angebotsstrukturen. Wenigstens sollten systematische Hinweise auf psychologische Nachsorgemaßnahmen bzw. ambulante psychosoziale Angebote am Heimatort erfolgen, wenn den Bedarfen während der Rehabilitation nicht entsprochen werden kann.

Das Vorgehen der partizipativen Entscheidungsfindung führt in knapp 40 % der Fälle zu einer veränderten Therapieverordnung. Dies wird als Verbesserung der Passung von Bedarf und Angebot interpretiert, das Vorgehen wird entsprechend für sinnvoll und lohnenswert erachtet.

Literatur

Härter M., Baumeister H., Reuter K., Wunsch A., Bengel J. (2002).

Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 41, 367-374.

Küch D., Rusdorf, S., Roßband, H., Morfeld, M. (2007).

Analyse des Bedarfs psychologischer Interventionen in der Rehabilitation – Vergleich dreier Screening-Instrumente zur Feststellung psychischer Auffälligkeiten. In: *Motivierung zur Lebensstiländerung-Strategien und Konzepte. Beiträge zur 26. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation 2007. Deutscher Psychologen Verlag.*

Korrespondenzadresse

Dr. Dieter Küch
Deutsche Rentenversicherung Bund
Dez. 8023
Hohenzollerndamm 46/47
10701 Berlin
Tel.: 030-865-82084
E-Mail: dr.dieter.kuech@drv-bund.de