

# Verhaltensmedizinisch orientierte orthopädische Rehabilitation in der Praxis

Kai Lorenz, Ann-Kristin Manhart, Heike König, Scott Stock Gissendanner

Berolina Klinik, Löhne

## Kurzfassung

Dieser Artikel zeigt auf, wie das aktuell gültige Anforderungsprofil der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VOR) in einer Klinik konkret ausgestaltet wird. Inhalte und Frequenzen der multimodalen Therapieangebote werden detailliert dargestellt, wie auch Aspekte der multidisziplinären Koordination. Zur Verdeutlichung der psychotherapeutischen Arbeit wird eine anonymisierte Fallvignette vorgestellt. Die Qualität der interdisziplinären Teamarbeit, geschlossene Behandlungsgruppen und die Verlängerung der Behandlungsdauer von drei auf vier Wochen lassen sich aus internen Befragungsergebnissen als positive Wirkfaktoren ableiten. Eine Auseinandersetzung mit diesen Wirkfaktoren findet in der Diskussion statt.

## Schlüsselwörter:

Rehabilitation, Orthopädie, Psychosomatik, Verhaltenstherapie

## Behavioral medicine-oriented rehabilitation in practice

## Abstract

This article shows how current guidelines for Behavioural Medicine-Oriented Rehabilitation (VOR) is conceptualized and implemented in one rehabilitation clinic. The content and frequency of multimodal therapies are presented in detail, as are aspects of multidisciplinary coordination. To illustrate the psychotherapeutic work, an anonymous case vignette is presented. An internal survey indicates that interdisciplinary teamwork, closed treatment groups and the extension of treatment duration from three to four weeks are factors positively influencing patient-perceived outcomes. These factors are examined in the discussion.

## Keywords

Rehabilitation, orthopedics, psychosomatic medicine, behavioral therapy

## 1 Einführung

Die Berolina Klinik ist eine private Rehabilitationsklinik, die durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund federführend belegt wird. Im Jahr 2006 hat die Berolina Klinik in Absprache mit der DRV Bund die neuen Indikationen Psychosomatik und Verhaltensmedizinische Orthopädie (VMO) eingeführt und wurde als eine von elf Kliniken in die VMO-Modellphase aufgenommen, die 2015 abgeschlossen wurde (vgl. Worrigen 2019 in diesem Heft). Die Abteilung steht seit ihrer Gründung unter ärztlicher Leitung des Erstautors dieses Artikels und verfügt derzeit über 100 Betten.

Zum Zeitpunkt der Konzeptionierung der VMO-Abteilung in der Berolina Klinik existierte noch kein Anforderungsprofil, sondern lediglich gemeinsame Rahmenbedingungen.

Das ursprüngliche Konzept war auf drei Aufenthaltswochen der Rehabilitanden ausgerichtet. Eine Ausweitung auf vier Aufenthaltswochen erfolgte in Absprache mit der DRV Bund nach durchgeführter Verlängerung des Verweildauerkorridors (d. h. die maximal durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Rehabilitanden eines Kostenträgers) von 27 Tagen auf 29 Tage im Sommer 2016.

Im Jahre 2017 wurden die Rahmenbedingungen für VMO-Abteilungen auf andere somatische Indikationsbereiche ausgeweitet. Das vorliegende Anforderungsprofil der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VOR) (DRV Bund, 2017) beschreibt eine Bezugsgruppe mit durchzuführender Bewegungstherapie und psychologischer Gruppenarbeit. Entspannungsverfahren sind ein weiterer obligater Anteil. Psychologische Einzelgespräche und bewegungstherapeutische

Einzelangebote sind wichtige fakultative Elemente. Gefordert wird eine einmal wöchentlich durchzuführende Fallbesprechung und eine einmal monatlich stattfindende externe Supervision.

Unserer Erfahrung nach liefern die Rahmenbedingungen des Anforderungsprofils die Voraussetzungen dafür, dass psychisch beeinträchtigte Rehabilitanden in der somatischen Rehabilitation bessere Rehabilitationsergebnisse im Vergleich zur konventionellen orthopädischen Rehabilitation erzielen können. Die spezifischen Mechanismen des Konzeptes sind jedoch bis heute im komplexen Kontext der Zusammenwirkung von körperlichen und psychischen Komponenten nicht ausreichend untersucht. Ziel dieses Aufsatzes ist eine praxisbasierte Exploration der Konzeptumsetzung verknüpft mit einer Reflexion darüber, welche Faktoren zu guten Ergebnissen für diese Rehabilitandengruppe führen. In der abschließenden Diskussion werden drei positive Wirkfaktoren hervorgehoben: die interdisziplinäre Teamarbeit, die geschlossene Gruppenform mit einhergehender Therapeutenkonstanz und die im Jahr 2017 umgesetzte Verlängerung der Behandlungsdauer von drei auf vier Wochen.

## 2 Ausgestaltung des VOR Konzeptes

### 2.1 Allgemeiner Rahmen

Alle Rehabilitanden reisen an einem Dienstag oder Mittwoch derselben Kalenderwoche an. Das VOR-Programm beginnt dann an einem Donnerstag. Aufgrund der Abreise an einem Dienstag oder Mittwoch ergaben sich bei einem dreiwöchigen Aufenthalt lediglich 13 Behandlungstage (Donnerstag und Freitag der Anreiseweche, alle Werkstage der kompletten 2. und 3. Behandlungswoche und der Montag der Abreiseweche). Erst durch die Erhöhung der Verweildauer auf maximal 29 Tage war es möglich, ein vierwöchiges Behandlungskonzept anzubieten. Anstelle von 13 Behandlungstagen existieren jetzt 18 Behandlungstage, prozentual entspricht dies einer Ausweitung von circa 38 Prozent. In Tabelle 1 sind die obligat durchgeführten Therapien in dem bis Mai 2017 gültigen dreiwöchigen Konzept und dem ab Juni 2017 gültigen vierwöchigen Konzept aufgeführt.

Die Gesamtzahl der gemeinsam in der Bezugsgruppe absolvierten Termine betrug bis zum Mai 2017 50 Termine. Die aktuell auf-

**Tabelle 1**

Therapieangebote im VMO-Konzept der Berolina Klinik

| Therapie                                                        | Anzahl 3-Wochen-Konzept | Anzahl 4-Wochen-Konzept (ab Juni 2017) |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|
| <b>Bewegungstherapie</b>                                        |                         |                                        |
| Bewegungstherapeutische Aufnahme                                | 0                       | 1                                      |
| Funktionsgymnastik                                              | 8                       | 11                                     |
| Rückenschule                                                    | 6                       | 6                                      |
| Wassergymnastik                                                 | 6                       | 8                                      |
| Medizinische Trainingstherapie                                  | 8                       | 11                                     |
| Muskelrelaxation nach Jacobson                                  | 5                       | 6                                      |
| Spaziergang                                                     | 0                       | 1                                      |
| Walking                                                         | 5                       | 7                                      |
| Seminar Motivation/Volition                                     | 0                       | 1                                      |
| <b>Psychologische Therapie</b>                                  |                         |                                        |
| Psychol. Vorgespräch (30 Minuten)                               | 1                       | 1                                      |
| „Balance“-Gruppe                                                | 6                       | 6                                      |
| Psychologisches Einzelgespräch (50 Minuten, etwa 50% der Fälle) | 2                       | 3                                      |
| <b>Andere</b>                                                   |                         |                                        |
| Nachsorge-Sprechstunde (Sozialdienst)                           | 1                       | 1                                      |
| Begrüßung (Pflegedienst)                                        | 1                       | 1                                      |
| Arbeitsplatz-Ergonomie (Ergotherapie)                           | 1                       | 1                                      |
| <b>Gesamt</b>                                                   | <b>50</b>               | <b>65</b>                              |

geführten 65 Termine teilen sich wie folgt auf: Von den bewegungstherapeutischen Bezugstherapeuten werden 52 Termine durchgeführt. Das entspricht 80 Prozent der gesamten VOR-Therapien. Dieser hohe Prozentsatz erklärt sich zum Teil dadurch, dass in der Berolina Klinik die Entspannungsthera-

pien traditionell durch den bewegungstherapeutischen Bezugstherapeuten angeboten werden. Im psychologischen Bereich finden sieben obligate Termine und bei vereinbarten Einzelgesprächen bis zu zehn Termine statt. Ein Termin (Begrüßung) wird durch den Pflegedienst gestaltet, ein Termin durch einen Er-

gotherapeuten (Ergonomie am Arbeitsplatz) und ein Termin durch einen Sozialdienstmitarbeiter (Nachsorge-Sprechstunde). Neben diesen Therapien, die in der Bezugsgruppe wahrgenommen werden, sind natürlich übliche Therapieergänzungen, wie z. B. Rückenschwimmen, Einzel-Physiotherapie, Massagen, Fango, Elektrotherapie oder weitere Einzeltermine in der Ergotherapie, in der Ernährungsberatung oder im Sozialdienst möglich. Die aktuelle Struktur ist das Resultat einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Therapieprogramms seit seiner Einführung im Jahr 2006. Die Änderungen werden im Folgenden dargelegt.

Im Jahr 2009 wurde die Nachsorgeberatung im Sozialdienst etabliert. Die Ansprache bezüglich der Nachsorge erfolgt nunmehr zwei Wochen nach Aufenthaltsbeginn in der Bezugsgruppe durch den Bewegungstherapeuten. Aufgrund der konstant hohen Verordnungsquoten wird für jeden Rehabilitanden automatisch ein Termin zur Vereinbarung von Reha-Nachsorge (ein Nachsorgeangebot der Deutschen Rentenversicherung) vorge-merkt; circa 70 Prozent dieser Beratungstermine finden später tatsächlich statt.

Im Jahr 2011 wurde zusätzlich zu den bisherigen fünf Terminen ein sechster Rückenschulstermin etabliert. Grund hierfür war eine entsprechende Forderung in dem Reha-Therapiestandard (RTS) „Chronischer Rückenschmerz“ (DRV Bund, 2011). Im selben Jahr erfolgte die Ausdehnung der Therapiezeit für die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson von 30 auf 40 Minuten, eine zweite Anpassung an den RTS „Chronischer Rückenschmerz“. Eine Standardisierung der Rückenschule, inhaltlich angelehnt an das DRV Bund-Curriculum „Chronischer Schmerz“ (DRV Bund, 2012), wurde zu dieser Zeit ebenfalls realisiert.

Im Jahr 2016 kam es zu einer Änderung bezüglich der Indikationsstellung zur Einzel-Physiotherapie. Der behandelnde Arzt stellte zuvor die Indikation und legte die Behandlungsfrequenz fest. Jetzt legt der Einzel-Physiotherapeut die Behandlungsfrequenz fest. Dies wird von Rehabilitanden, Therapeuten und Ärzten aufgrund einer zuvor wahrgenommenen Unter- oder Überbehandlung positiv beurteilt.

Im Jahr 2017 wurde das VOR-Konzept aufgrund der Änderung der Verweildauer von drei auf vier Behandlungswochen ausgedehnt. Seit diesem Zeitpunkt bietet die VOR-Abteilung der Berolina Klinik acht anstelle von fünf Gruppen an. Parallel zu dieser größten Konzeptänderung wurden ein Motivations-/Volitions-Seminar, ein einführender Spaziergang und die im Anforderungsprofil

geforderte bewegungstherapeutische Aufnahme integriert. Im selben Jahr erfolgten die Aktualisierung des bewegungstherapeutischen Hausaufgabenprogramms und die Manualisierung des psychologischen Gruppenangebotes. Diese Elemente werden in den folgenden Abschnitten näher beschrieben.

## 2.2 Das Sportprogramm

Die Wirksamkeit von Sport für die Behandlung und Prophylaxe von Rückenschmerz, Kopfschmerz und Migräne sowie Depression und Angsterkrankungen ist in der Forschung gut belegt (Amin et al., 2018, Diener et al., 2018, Greitemann et al., 2012, Hayden et al., 2005, Wegner et al. 2014). Sport und Bewegung sind ebenfalls Bestandteil der evidenzbasierten Reha-Therapiestandards für chronischen Rückenschmerz (DRV Bund, 2016).

Das Konzept der VMO-Abteilung der Berolina Klinik setzt ein intensives Sportprogramm um. Neben Schmerzreduktion und Beweglichkeitsverbesserung werden folgende vier Ziele verfolgt: 1) verschiedene Sport- und Bewegungsarten in der Klinik ausprobieren und mindestens eine für die weiterführende Ausübung zu Hause festlegen, 2) in der Gruppe und mit dem Therapeuten konkrete, realistische und langfristige Ziele für die sportliche Betätigung nach der Reha definieren, 3) einen Handlungsplan zur Zielerreichung festlegen und 4) Bewältigungsstrategien zur Überwindung von eventuell eintretender Demotivation entwickeln.

Insgesamt werden 46 Einheiten an Sporttherapie (ohne Berücksichtigung der auch durchgeführten Entspannungstherapie nach Jacobson) in einem Zeitraum von vier Wochen durchgeführt. Nur wenige Rehabilitanden sind zuvor in dieser Intensität sportlich aktiv. In einer Befragung aus dem Jahr 2018 (Methodik und weitere Ergebnisse unten) gaben 40 Prozent der Befragten an, vor der Reha gar nicht sportlich aktiv gewesen zu sein. Lediglich weitere 30 Prozent haben mehr als 60 Minuten pro Woche Sport getrieben. Dennoch gaben nach Ablauf der Rehabilitation 88 Prozent die Anzahl der Sporttherapieeinheiten als angemessen und 7 Prozent sogar als zu niedrig an. Dieses positive Ergebnis wird durch eine langsame Anpassung und Steigerung der Belastung im geschlossenen Gruppenkonzept der VOR ermöglicht.

Nicht nur die Quantität des Sportprogramms, sondern auch einige weitere Besonderheiten sind Kennzeichen dieses Konzeptes. So findet bereits am ersten Behandlungstag eine individuelle bewegungstherapeutische Aufnahme des Rehabilitanden durch den Gruppenthera-

peuten statt. Dadurch wird gewährleistet, dass dem Therapeuten schon zu Beginn des Gruppenprogramms die Belastbarkeit der Rehabilitanden sowie ihre individuellen Wünsche und Ziele bekannt sind. Eine spätere Einschätzung der sportlichen Leistungsfähigkeit wird hierdurch erleichtert.

Im Verlauf der vielfältigen Therapieangebote (u. a. Funktionsgymnastik und Wassergymnastik) kann die Belastung sukzessive und individuell gesteigert werden. Hierbei hilft auch die durch die geschlossene Gruppe entstehende Gruppendynamik, bei der schwächere Rehabilitanden von besser Trainierten motiviert und „mitgenommen“ werden. Im Laufe der Zeit entwickelt sich ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl unter den Gruppenteilnehmern. Dies wird sowohl vonseiten der Therapeuten als auch seitens der Rehabilitanden wahrgenommen.

Der Therapeut nutzt das geschlossene Konzept, um theoretische Hintergründe beispielsweise aus der Rückenschule in die Funktionsgymnastik zu integrieren und so zu festigen. Dadurch entsteht ein roter Faden innerhalb der Bewegungstherapie. Weiterhin nutzt der Therapeut die Vielfalt der ihm zur Verfügung stehenden Sportgeräte, um den Rehabilitanden Anregungen für zu Hause mitzugeben und Begeisterung zu wecken. Erwähnenswert ist ein bewegungstherapeutischer Schwerpunkt der Berolina Klinik, bei dem nach neuesten Erkenntnissen die Faszietherapie vermittelt wird. Hier stehen neben bildhaften Darstellungen Faszirollen, kleine und große Faszirollen sowie andere Hilfsmittel für die

praktische Erprobung und Selbstbehandlung zur Verfügung. Auf eigenständige Nutzung und individuelle Bedürfnisse kann ebenfalls in besonderer Form eingegangen werden. Die häufig schnell spürbare Wirkung der Faszietherapie fördert die Motivation der Rehabilitanden, die Übungen auch später in Eigenregie weiterzuführen.

Das Behandlungsangebot der Berolina Klinik beinhaltet zudem ein Übungsprogramm, das nach der Reha in häuslicher Umgebung leicht weitergeführt werden kann. Die Übungen sind in die Körperregionen Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule, Beine, Schulter, Ellenbogen und Hand aufgeteilt (Abbildung 1). Alle Übungen einer Körperregion sind den vier Rubriken Mobilisation, Dehnung, Kräftigung und Koordination zugeordnet. Besonderer Wert wird auf eine ansprechende Bebilderung und eine präzise Beschreibung der Bewegungsdurchführung gelegt. Exemplarisch ist unten der Bereich Rückenstrecker und seitliche Rumpfmuskulatur dargestellt (Abbildung 2). Zum „Bewegungserinnern“ ist ein Bild des in der Klinik eingesetzten MTT-Geräts, an dem diese Übungen durchgeführt werden, in die Bewegungsbeschreibung eingefügt.

Abbildung 1 (li.)

### Inhaltsverzeichnis Übungsprogramm

Abbildung 2 (re.)

### Übungen für den Bereich Rückenstrecker und seitliche Rumpfmuskulatur

| INHALTSVERZEICHNIS                        |    |
|-------------------------------------------|----|
| 1. Allgemeines zu den Übungen             | 4  |
| 1.1 Hinweise                              | 4  |
| 1.2 Grundregeln                           | 4  |
| 2. Halswirbelsäule                        | 7  |
| 2.1 Mobilisation                          | 7  |
| 2.2 Dehnung                               | 10 |
| 2.3 Kräftigung                            | 11 |
| 2.4 Koordination                          | 12 |
| 3. Lendenwirbelsäule und Brustwirbelsäule | 13 |
| 3.1 Mobilisation                          | 13 |
| 3.2 Dehnung                               | 16 |
| 3.3 Kräftigung                            | 17 |
| 3.4 Koordination                          | 24 |
| 4. Beine                                  | 26 |
| 4.1 Mobilisation                          | 26 |
| 4.2 Dehnung                               | 28 |
| 4.3 Kräftigung                            | 31 |
| 4.4 Koordination                          | 34 |
| 5. Schulter                               | 35 |
| 5.1 Mobilisation                          | 35 |
| 5.2 Dehnung                               | 38 |
| 5.3 Kräftigung                            | 38 |
| 5.4 Koordination                          | 40 |
| 6. Ellenbogen und Hand                    | 41 |
| 6.1 Mobilisation                          | 41 |
| 6.2 Dehnung                               | 42 |
| 6.3 Kräftigung                            | 42 |
| 6.4 Koordination                          | 46 |
| 7. Motivation                             | 48 |
| 8. Notizen                                | 52 |

Der Einfachheit halber sind alle geschlechtsspezifischen Bezeichnungen in der maskulinen Form beschrieben. Sie gelten jedoch für beide Geschlechterbezeichnungen.



Rückenstrecker 5 (isometrisch)

Stellen Sie in Rückenlage beide Beine auf und heben Sie das Gesäß so weit an, bis Oberkörper und Oberschenkel eine Linie bilden. Verlagern Sie nun in dieser Position das Gewicht auf ein Bein und heben Sie das andere Bein gestreckt an, ohne dass das Gesäß absinkt. Halten Sie die Position für ca. 10 Sekunden. Zum Beenden der Übung zuzent das Bein und dann kontrolliert das Gesäß absenken. Bei der nächsten Ausführung das andere Bein strecken.



Rückenstrecker 6

Die korrekte Durchführung dieser Übung ist sehr schwer. Führen Sie diese deshalb die ersten Male nur unter therapeutischer Aufsicht aus! Kontrollieren Sie sich bei der Übungsausführung am besten in einem Spiegel.

Beugen Sie sich mit geradem Rücken bis fast zur Waagerechten nach vorn. Achten Sie dabei darauf, dass die Beine dabei nur leicht angewinkelt werden. Ein häufiger Fehler ist es, dabei einen Rundrücken zu machen. Richten Sie den Blick tendenziell nach vorn, um dies zu verhindern. Um die Intensität zu steigern, können Sie Gewichte in beiden Händen halten.



Seitliche Rumpfmuskulatur 1

Stützen Sie sich in Seitlage auf einem Ellenbogen auf. Kopf und Hals befinden sich in gerader Verlängerung zur Wirbelsäule und die Beine sind angewinkelt. Heben Sie nun das Gesäß an, so dass Oberschenkel und Oberkörper eine Linie bilden.



MTT Gerät Nr. 11

Die nachhaltige Weiterführung von Sportaktivitäten nach Abschluss der Reha steht in engem Zusammenhang mit Motivation und Volition. Motivation bezieht sich in der Psychologie vor allem auf den Startpunkt eines Verhaltens vor der tatsächlichen Handlung. In dieser Phase wägt man die Vor- und Nachteile der Durchführung einer Tätigkeit ab (Gollwitzer, 1993). Eine zweite Phase vor der eigentlichen Handlung ist die „Volitionsphase“, in der man konkrete Umsetzungsstrategien in spezifischen Kontexten (z. B. bei schlechtem Wetter) entwickelt (Gollwitzer et al., 1990, Gollwitzer & Oettingen, 2000). Die Kombination von Motivations- und Volitionsaspekten fördert die sportliche Betätigung besser als die Berücksichtigung von Motivation allein (siehe z. B. Milne et al., 2002).

Unserer Erfahrung nach sind drei motivationale Aspekte wichtig:

1. Der Aufbau von *Änderungsmotivation* kennzeichnet die Bereitschaft, aktiv an den eigenen Symptomen und Problemen zu arbeiten und hierfür auch kurzfristig unangenehme (emotionale) Zustände in Kauf zu nehmen.
2. Der Aufbau von *Selbstwirksamkeit* wird verstanden als die Erfahrung oder Zuversicht, dass man durch das eigene Verhalten ein bestimmtes Ergebnis erzielen kann. Selbstwirksamkeit spielt in Bezug auf Verhaltensänderungen eine essenzielle Rolle (Bandura, 1986).
3. Es soll die *intrinsic Motivation* gestärkt werden. Entsprechend den Aussagen von Schneider (1996) versteht man intrinsische Motivation als Wunsch, beispielsweise Sport zu treiben, wodurch handlungsbegleitend Freude oder Selbstverwirklichung erlebt wird.

Bis zur Konzepterweiterung im Juni 2017 fand in der Berolina Klinik lediglich über das Gesundheitstraining eine oberflächliche Auseinandersetzung mit Motivation und Volition statt. In diesem Jahr wurde durch ein Seminar zur Motivation und Volition ein konzeptionelles Fundament für die Rehabilitanden etabliert. In diesem sollen die Rehabilitanden bei der Planung zukünftiger sportlicher Aktivitäten unterstützt werden. Angeknüpft wird an das bereits vorgestellte Übungsprogramm mit Trainingsbeispielen für alle Körperregionen. Insbesondere wird die Änderungsmotivation gefördert. Hauptziel ist, bei in der Regel vorhandener hoher Motivation den Volitionsaspekt zu klären und durch Handlungsplanung eine verlässlichere Bindung an Sport in der Zukunft anzubahnen. Um die Rehabilitanden schließlich auch im Alltag vom „Planen“ ins „Handeln“ zu bewegen, erhalten sie individuelle Übungspläne, die sie auch nach

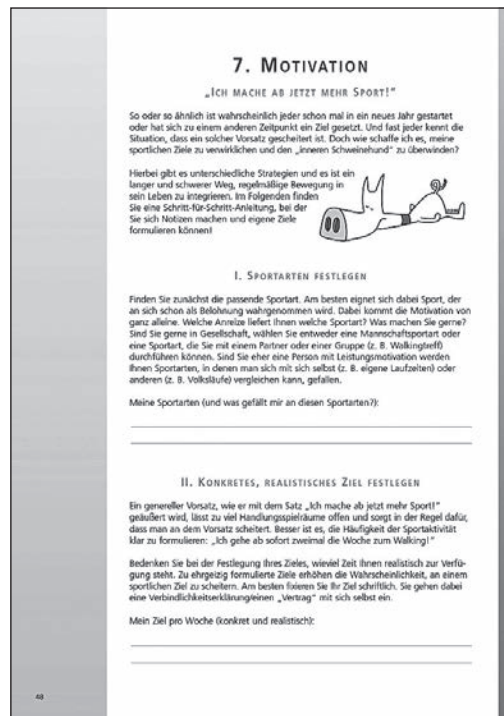


Abbildung 3

Hausaufgaben zu Motivation und Volition

dem Reha-Aufenthalt umsetzen können (Abbildung 3).

Die meisten Rehabilitanden der VOR-Abteilung der Berolina Klinik verlassen die Rehabilitation in der Absicht, sportlich aktiv zu bleiben. Die Verordnungsquoten von Reha-Sport lagen für Rehabilitanden der VOR-Abteilung in den Jahren 2014 bis 2017 bei 72 bis 83 Prozent und somit über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe (aller orthopädischen Rehabilitationsabteilungen) im Rahmen des Datenabgleiches in der Qualitätssicherung der DRV Bund (DRV Bund, 2018).

## 2.3 Psychotherapie

### 2.3.1 Das psychologische Vor- und Einzelgespräch

Das 30-minütige obligate psychologische Vorgespräch findet zu Beginn der Reha statt. Hierbei werden zunächst Informationen bzgl. der psychologischen Gesprächsgruppe „Back-to-my-Balance“ sowie zu den fakultativen, psychologischen Einzelgesprächen gegeben. Hauptgrund für die relativ kurze Dauer des Vorgesprächs ist die Schonung von Therapeuten-Ressourcen. Aus selbigem Grund entfällt ebenfalls das 30-minütige Abschlussgespräch. Diese Priorisierung erbringt, trotz der Abweichung vom Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung (hier werden jeweils 60 Minuten angesetzt), deutliche Vorteile für den Rehabilitanden, weil bei Bedarf mehr Zeit für einzeltherapeutische Gespräche zur Verfügung steht. So steigt die

Wahrscheinlichkeit, eine indizierte ambulante Psychotherapie erfolgreich einzuleiten. Hauptsächlich dient das Vorgespräch zur Abschätzung psychischer Komorbidität. Neben der Erfassung der beruflichen und privaten Situation der Rehabilitanden wird eine indivi-

duelle Problem- und Verhaltensanalyse angelehnt an das SORKC-Schema (Kanfer und Saslow, 1969) in standardisierter Form durchgeführt. Tabelle 2 zeigt das Schema und seine Verwendung anhand der unten erläuterten Fallvignette auf.

**Tabelle 2**

Auszug des psychologischen Vorgesprächsprotokolls der Fallvignette: individuelles „SORKC-Schema“ nach Kanfer und Saslow (1969)

|                                 |                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>S-Situation</b>              | Patientin hat Rückenschmerzen                                                                                                                                                         |
| <b>O-Organismus</b>             | ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstruktur                                                                                                                                         |
| <b>R-Reaktion</b>               | Emotional: Angst vor Schmerzen<br>Physiologisch: Muskelverspannungen<br>Kognitiv: „Mein Rücken hält das nicht aus.“<br>„Ich muss auf meinen Rücken aufpassen.“<br>Motorisch: Schonung |
| <b>K-Kontingenzverhältnisse</b> | körperliche Schonung bei ersten Anzeichen von Schmerzen                                                                                                                               |
| <b>C-Konsequenz</b>             | kurzfristig: Schmerz- und Angstreduktion<br>langfristig: mehr Schmerzen durch Muskelabbau, Selbstwert schwindet, Leben an Schmerzen angepasst.                                        |

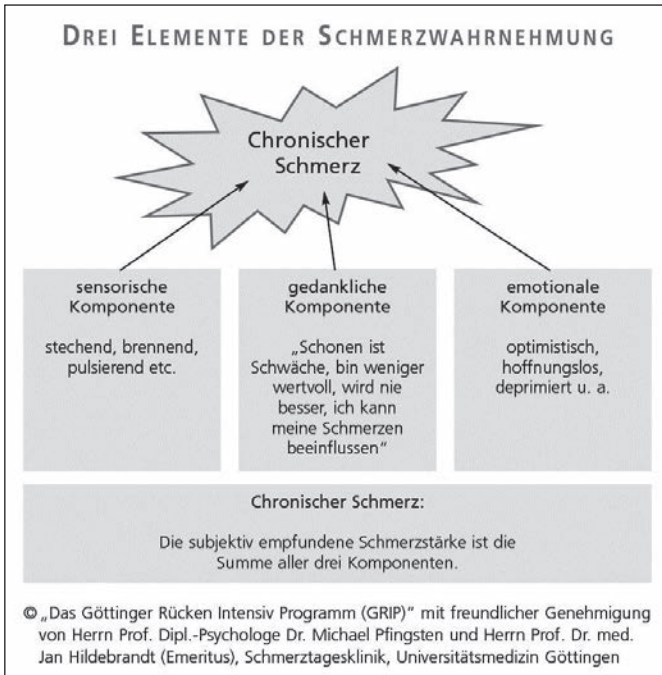
Ziel der SORKC-Problemanalyse ist das Identifizieren auslösender und aufrechterhaltender Faktoren. Dieses Vorgehen ermöglicht dem Behandler die Notwendigkeit psychologischer Einzelgespräche einzuschätzen und dies mit dem Rehabilitanden zu besprechen. In der Regel werden Einzelgespräche in circa 50 Prozent der Fälle vereinbart. Zusätzlich werden zu Reha-Beginn sowie zum Ende testpsychologisch die System Checkliste (SCL-27; Hardt, Egle & Brähler 2006) und die Indikatoren des Reha-Status (IRES-24; Wirtz et al. 2005) erhoben. Beide Instrumente sind für deutsche Stichproben validiert und eignen sich für interne und externe Vergleiche von Rehabilitation-Outcomes. Die jeweiligen Daten liegen dem Therapeuten zur Unterstützung des diagnostischen Prozesses vor.

### 2.3.2 Die psychoedukative Gruppe „Back to my Balance“

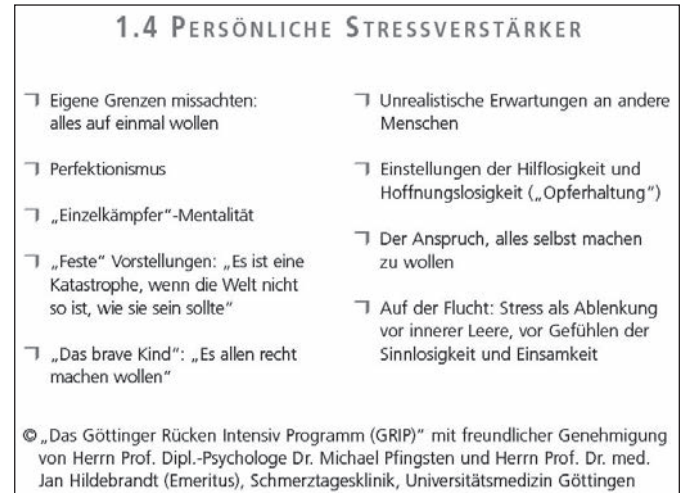
Das verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenkonzept „Back to my Balance“ umfasst sechs Termine à 90 Minuten. Inhaltlich liegt der Fokus auf den Themen Stress und

Schmerz. Den Teilnehmern werden zu den jeweiligen Themen zunächst psychoedukative Informationen vermittelt, die anschließend mit möglichen Handlungsstrategien verknüpft werden. In jeder Sitzung besteht genügend Spielraum, um von den Rehabilitanden individuelle zum Thema passende Situationen aufzugreifen und gemeinsam zu erörtern. Diese Möglichkeit wird von vielen Teilnehmern gerne genutzt und geschätzt. Darüber hinaus werden die Inhalte der Gruppenstunden in Form von Hausaufgaben vertieft. Somit elaborieren die Rehabilitanden die erarbeiteten Inhalte der Gruppe, wodurch Erlerntes besser umgesetzt werden kann. Um diesen Lerneffekt zu verstärken, wurden u. a. die sechs Gruppenstunden von zwei auf drei Wochen ausgedehnt. Hierdurch haben die Rehabilitanden mehr Zeit, das Gelernte besser zu verarbeiten.

Ergänzt wird der praktische Anteil der Gruppensitzungen durch ein Handout, welches den Rehabilitanden die Möglichkeit gibt, die dargebotenen Inhalte der Gruppe individuell zu vertiefen (Beispiele, Abbildungen 4 und 5).



**Abbildung 4 (li.)**  
Schmerzwahrnehmung (Handout „Back to my Balance“ Gruppe)

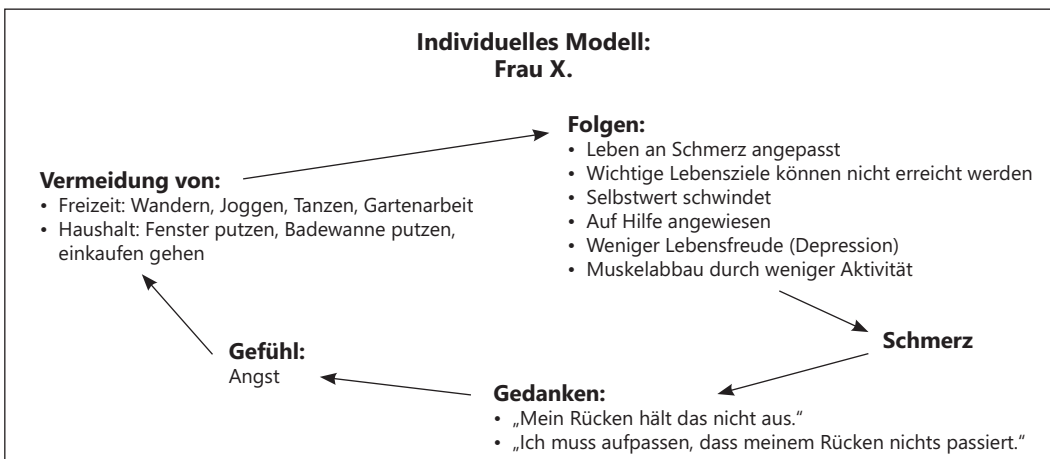


**Abbildung 5**  
Stressverstärker (Handout „Back to my Balance“ Gruppe)

**2.3.3 Fallvignette**

Der Nutzen der Einzelgespräche soll an einem anonymisierten Fallbeispiel „Frau X.“ verdeutlicht werden. Frau X. ist 48 Jahre alt und kommt aufgrund von LWS Schmerzen, die seit 22 Jahren bestehen, in unsere Klinik. Sie gibt an, bereits vier Bandscheibenvorfälle (nicht operiert) gehabt zu haben. Sie sei seit fünf Jahren geschieden und habe eine Tochter (26 Jahre). Von Beruf sei sie Angestellte im sozialen Dienst. Der Job mache ihr Spaß, jedoch könne sie „ganz schlecht ‚Nein‘ sagen, wenn Kollegen um Hilfe bitten“. Dadurch komme sie oft mit ihrer eigenen Arbeit „nicht hinterher“. Für sie charakteristische Aussagen sind „Mein Leben wäre ohne Schmerzen viel leichter und ich wäre belastbarer.“ „Der Schmerz bestimmt mein Leben. Ich will wieder aktiv am Leben teilnehmen!“

Sie zeigt zu Beginn der Reha ein sehr somatisch geprägtes Krankheitsverständnis. Der anfängliche Verdacht einer somatoformen Schmerzstörung kann im weiteren Verlauf der Reha bestätigt und eine entsprechende Hauptdiagnose vergeben werden. Im Rahmen der Einzelgespräche wird mit Frau X. ein Störungsmodell (Abbildung 6), aufbauend auf die Verhaltens- und Problemanalyse aus dem Vorgespräch (Tabelle 2), erarbeitet. Durch das gemeinsame Analysieren des Störungsmodells kann Frau X. erkennen, dass ein Zusammenhang zwischen ihren Schmerzen, dysfunktionalen Gedanken sowie Emotionen besteht. Darüber hinaus wird für sie ersichtlich, dass ihr daraus resultierendes Vermeidungsverhalten einen aufrechterhaltenden Faktor für ihre Schmerzen darstellt.



**Abbildung 6**  
Störungsmodell der Fallvignette

Frau X. wünscht, nach der Rehabilitation mehr Sport zu machen (Joggen, Fahrrad fahren, Tanzen) und Alltägliches besser zu bewältigen. Für sie stellen solche Tätigkeiten wie „die Badewanne ohne Hilfsmittel zu putzen“ oder „zu Fuß den Berg zu ihrem Haus zu gehen“ bedeutsame Herausforderungen des alltäglichen Lebens dar, die sie gern bewältigen will.

Im Zuge der Einzelgespräche werden die Inhalte der Gruppentherapiesitzungen aufgegriffen und individualisiert. Durch das Zusammenwirken von Gruppentherapie und Einzelgesprächen kann Frau X. erkennen, dass ihr Schonverhalten, welches aus Angst resultiert, einen aufrechterhaltenden Faktor darstellt. Des Weiteren sieht Frau X. im Verlauf der Gespräche einen Zusammenhang zwischen ihrer mangelnden Abgrenzungsfähigkeit und dem Schmerzgeschehen, „Vermutlich besteht doch ein Zusammenhang zwischen meinen Schmerzen und dem Stress auf der Arbeit.“; „Ich muss lernen ‚Nein‘ zu sagen“. Frau X. ist zum Ende der Reha für eine ambulante Psychotherapie motiviert, um die begonnenen Veränderungen weiter zu stabilisieren und zu fördern.

Frau X. stellt ein typisches Beispiel in unserer Abteilung dar, da die meisten VOR-Rehabilitanden eine psychische Erkrankung als Haupt- oder Nebendiagnose haben. Unter den Rehabilitanden, die in den letzten beiden Jahren 2016 und 2017 von der DRV Bund an die VOR-Abteilung zugewiesen wurden, hatten durchschnittlich circa 73 Prozent eine psychische Komorbidität, definiert als eine „F-Diagnose“ der Internationalen Classification of Diseases (DIMDI, 2017) als Erst- oder Zweitdiagnose bei Entlassung. In den Jahren 2012 bis 2015 wurde im Durchschnitt circa einem Drittel aller Rehabilitanden der Abteilung VOR eine ambulante Psychotherapie empfohlen.

Große Profite entstehen für die VOR Abteilung durch die enge Zusammenarbeit mit der psychosomatischen Abteilung. Neben einem problemlos möglichen Indikationswechsel unterstützt die gegenseitige Konsiliartätigkeit die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Zudem können verschiedene psychotherapeutische Gruppenangebote der psychosomatischen Abteilung für VOR-Rehabilitanden verordnet werden, wie zum Beispiel das besondere Konzept für die Behandlung von Kopfschmerz und Migräne, das eine indikationsspezifische Psychotherapiegruppe, ärztliche Vorträge und Biofeedback als zusätzliches Entspannungsverfahren umfasst.

## 2.4 Teamstruktur

Ein obligater Teil des Anforderungsprofils der DRV Bund (2017) sind multiprofessionelle Teamstrukturen. In der Berolina Klinik nehmen an der einmal wöchentlich stattfindenden 90-minütigen Teambesprechung neben dem Chefarzt und den beiden Oberärzten, Stationsärzten, sämtliche Bewegungstherapeuten und psychologische Bezugstherapeuten, die Pflegekräfte, ein Sozialdienstmitarbeiter und eine Mitarbeiterin der Ernährungsabteilung teil. Inhalt der Teambesprechung sind die schwierigen oder herausfordernden Rehabilitanden-Fälle („Team-Fälle“). Im Zuge der Vergrößerung der VOR-Abteilung im Juni 2017 wurde die Teamzeit von 60 Minuten auf 90 Minuten erhöht.

Eine schriftliche Dokumentation der „Team-Fälle“ erfolgt bereits seit dem Jahr 2007. Die Struktur der Dokumentation wurde jedoch mehrfach verändert. Inzwischen existieren eindeutige Vorgaben bezüglich des sogenannten Teamdikates, welches der Stationsarzt nach der Aufnahme diktiert. Alternativ können alle Berufsgruppen ein Teamdiktat initiieren, z. B. der Psychotherapeut bei gravierenden psychischen Belastungen oder der Bewegungstherapeut bei auffälligen schwer einzuordnenden klinischen Symptomatiken. Im Rahmen der Teamsitzung werden dann die beteiligten Berufsgruppen, insbesondere der psychologische Bezugstherapeut und der sporttherapeutische Bezugstherapeut, befragt. Ein Vorteil des Zusammentragens ist die gemeinsame Überprüfung, ob in allen Abteilungen gleiche Befunde erhoben werden. Für die Sporttherapeuten und Psychotherapeuten ist insbesondere die ärztliche Interpretation der Anamnese, der klinischen Situation und der radiologischen Berichte wichtig. Die Auseinandersetzung mit diesen Befunden versucht grundsätzlich die Frage zu beantworten, ob das Ausmaß der Beschwerden erklärt werden kann.

Besprochen werden alle Fälle mit gestelltem Rentenanspruch sowie alle Rehabilitanden, bei denen sich eine Leistungsbeurteilung von unter sechs Stunden für den allgemeinen Arbeitsmarkt oder auch nur bezüglich der letzten Tätigkeit abzeichnet. Arbeitsfähig anreisende und auch abreisende Rehabilitanden sowie alle Rehabilitanden, mit denen erfolgreich frühzeitig eine stufenweise Wiedereingliederung ohne festzustellende Leistungseinschränkungen vereinbart wurde, werden nur in Ausnahmefällen besprochen. Angesichts von 100 Rehabilitanden und 90 zur Verfügung stehenden Minuten können die sozialmedizinisch unkomplizierten Rehabilitanden lediglich bei den Zwischen-, Oberarzt- und



Chefarztvisiten besprochen werden. Hier angefertigte Diktate werden in das Teamprotokoll eingefügt.

Die gemeinsame Erörterung im Team wird von allen Berufsgruppen geschätzt und hilft den häufig komplexen Fall besser zu verstehen. Der Effekt der Teambesprechung für eine abzugebende realistische sozialmedizinische Beurteilung wird von den Autoren sehr hoch eingestuft.

Eine regelmäßige Supervision, die seit acht Jahren stattfindet, ist frei zugänglich für alle psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte und alle Psychologen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten der Berolina Klinik. Im vierwöchigen Rhythmus wird eine tiefenpsychologisch orientierte Supervision oder verhaltenstherapeutisch orientierte Supervision angeboten.

### 3 Rehabilitanden- und Behandlerbefragung

In den Jahren 2016 und 2018 wurden konsekutiv 200 (2016, 13 Behandlungstage) bzw. 100 (2018, 18 Behandlungstage) VOR-Rehabilitanden in der Abreisewoche gebeten, ihre

Rehabilitation zu bewerten. Es nahmen 133 Personen im Jahr 2016 und 81 Personen im Jahr 2018 teil. Das entspricht einer Stichprobe von 13,2 Prozent bzw. 7,5 Prozent aller VOR-Rehabilitanden des jeweiligen Jahres. Die Repräsentativität der Stichprobe konnte nicht geprüft werden, da aus Datenschutzgründen keine persönlichen Daten erhoben wurden. Fragen und Ergebnisse sind in Tabellen 3 bis 5 zusammengefasst.

Die überwiegende Mehrheit der Befragten, im Jahr 2018 sogar 100%, bewerteten die Bewegungstherapien als „positiv“ oder „sehr positiv“ (vgl. Tabelle 3). Eine deutliche Mehrheit gab in beiden Jahren an, von den Bewegungstherapien insgesamt gesundheitlich profitiert zu haben. Von denjenigen, die vor der Reha nicht sportlich aktiv waren, hatten fast alle vor, nach der Rehabilitation mit sportlichen Aktivitäten (wieder) anzufangen. Mindestens ein oder zwei sportliche Termine in der Woche planten 86,5% der Rehabilitanden im Jahr 2016 und 96,7% im Jahr 2018. Darüber hinaus lagen die Reha-Sport Versorgungsquoten bei 81,1% im Jahr 2016 und 75,3% im 2018.

| Fragen                                                                                                                                                                                | Antworten          | 2016   | 2018   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------|--------|
| Wie haben Sie die Bewegungstherapie erlebt (gemeint sind Ihre persönlichen Wahrnehmungen und Ihre Gefühle während der sportlichen Übungen)?                                           | sehr positiv       | 28,9 % | 50,6 % |
|                                                                                                                                                                                       | positiv            | 60,3 % | 49,4 % |
|                                                                                                                                                                                       | eher wenig positiv | 9,9 %  | 0 %    |
|                                                                                                                                                                                       | gar nicht positiv  | 0,8 %  | 0 %    |
| In welchem Maß haben Sie aus jetziger Sicht von den Bewegungstherapien insgesamt gesundheitlich profitiert?                                                                           | sehr stark         | 9,2 %  | 16,9 % |
|                                                                                                                                                                                       | stark              | 60,5 % | 72,7 % |
|                                                                                                                                                                                       | eher weniger       | 26,9 % | 9,1 %  |
|                                                                                                                                                                                       | gar nicht          | 3,4 %  | 1,3 %  |
| Waren Sie bereits vor der Reha sportlich aktiv?                                                                                                                                       | ja                 | 59,8 % | 60,5 % |
|                                                                                                                                                                                       | nein               | 40,2 % | 39,5 % |
| Wenn nein, möchten Sie nach der Reha mit sportlichen Aktivitäten beginnen (bei der Häufigkeit bitte die Termine für „Reha-Sport“ und „IRENA“, sofern für Sie verordnet, einbeziehen)? | nein               | 13,6 % | 3,2 %  |
|                                                                                                                                                                                       | 1-2 Termine/Woche  | 71,2 % | 93,5 % |
|                                                                                                                                                                                       | > 3 Termine/Woche  | 15,3 % | 3,2 %  |
| Haben Sie sich während Ihres Aufenthaltes „Reha-Sport“ verordnen lassen?                                                                                                              | ja                 | 81,1 % | 75,3 % |
|                                                                                                                                                                                       | nein               | 18,9 % | 24,7 % |
| Haben Sie sich während Ihres Aufenthaltes „IRENA“ verordnen lassen?                                                                                                                   | ja                 | 9,2 %  | 8,2 %  |
|                                                                                                                                                                                       | nein               | 90,8 % | 91,8 % |

**Tabelle 3**

Subjektive Bewertung der VOR-Rehabilitation in der Berolina Klinik (2016, 2018): Sport- und Bewegungstherapie

Zudem wurde in beiden Jahren die offene Frage gestellt, welche Sportart die Rehabilitanden sich für zu Hause nach der Reha vorstellen könnten. Die häufigsten Antworten teilten sich folgendermaßen auf: Walking (25 Prozent der Befragten aus beiden Jahren), Schwimmen (19 Prozent), Wassergymnastik

(26 Prozent), Medizinische Trainingstherapie (22 Prozent) und Gymnastik (17 Prozent). Aus Sicht der Behandler ist besonders die hohe Anzahl von sportlichen Aktivitäten mit leichter Zugänglichkeit erfreulich.

Die Akzeptanz der Psychotherapieangebote als „hilfreich“ oder „sehr hilfreich“ lag 2016

bei 70 Prozent und bei 60 Prozent im Jahr 2018 (vgl. Tabelle 4). Die etwas niedrigere Akzeptanz der psychotherapeutischen Angebote im Vergleich zu den Sportangeboten könnte einerseits dadurch erklärt werden, dass ein Teil der VOR-Rehabilitanden objektiv ohne wesentliche psychische Komorbidität in die Reha kommt. Andererseits können sich Patienten mit zum Beispiel somatoformen Störungen kaum mit den Inhalten der Psychotherapiegruppen identifizieren, da sie

eine psychosomatische Komorbidität überwiegend negieren. Die somatoforme Störung ist die häufigste diagnostizierte psychische Komorbidität unter den VOR-Rehabilitanden der Berolina-Klinik. Im Einzelfall kann der Rentenwunsch eine nachhaltig demotivierende Rolle spielen. Sport ist in dieser Hinsicht eventuell neutraler. Man empfindet fast immer einen Gesundheitsgewinn durch mehr Bewegung.

Tabelle 4

Subjektive Bewertung der VOR-Rehabilitation in der Berolina Klinik (2016, 2018): Psychotherapie

| Fragen                                                                                                                                       | Antworten               | 2016   | 2018   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|--------|
| Inwieweit waren die Angebote der (geschlossenen psychotherapeutischen Gruppe) bzgl. <b>Schmerzbewältigung</b> hilfreich für Sie?             | sehr hilfreich          | 10,4 % | 7,8 %  |
|                                                                                                                                              | hilfreich               | 59,1 % | 53,2 % |
|                                                                                                                                              | weniger hilfreich       | 23,5 % | 22,1 % |
|                                                                                                                                              | gar nicht hilfreich     | 7 %    | 16,9 % |
| Inwieweit waren die Angebote der (geschlossenen psychotherapeutischen Gruppe) bzgl. <b>Stressbewältigung</b> hilfreich für Sie?              | sehr hilfreich          | 17,8 % | 11,8 % |
|                                                                                                                                              | hilfreich               | 55,9 % | 57,1 % |
|                                                                                                                                              | weniger hilfreich       | 20,3 % | 18,2 % |
|                                                                                                                                              | gar nicht hilfreich     | 5,9 %  | 13%    |
| In welchem Maß haben Sie aus jetziger Sicht von den psychotherapeutischen Maßnahmen (Gruppen und ggf. Einzelgespräche) insgesamt profitiert? | sehr stark              | 10,0 % | 11,8 % |
|                                                                                                                                              | stark                   | 48,3 % | 40,8 % |
|                                                                                                                                              | eher weniger            | 37,5 % | 36,8 % |
|                                                                                                                                              | gar nicht               | 4,2 %  | 10,5 % |
| Benötigen Sie zukünftig für die Bewältigung Ihrer Beschwerden professionelle, psychotherapeutische Unterstützung?                            | ja, bereits in Therapie | 19,2 % | 10,3 % |
|                                                                                                                                              | ja, zukünftig           | 28,3 % | 35,9 % |
|                                                                                                                                              | schwer einzuschätzen    | 27,5 % | 26,9 % |
|                                                                                                                                              | nein                    | 25,0 % | 26,9 % |

Die Strukturmerkmale Therapeutenkonstanz und geschlossene Gruppen wurden von den Befragten sehr positiv bewertet (vgl. Tabelle 5). Mehr als 90 Prozent der Rehabilitanden bewerteten die Therapeutenkonstanz allgemein in beiden Befragungsjahren als sehr gut oder gut. Die Frage, ob geschlossene Gruppen die Vertiefung von zwischenmenschlichen Beziehungen unter den Teilnehmern im Vergleich zu offenen Gruppen besser fördern, wurde in beiden Jahren zu 90% bzw. 97% bestätigt. Das eingetretene Gemeinschaftsgefühl in den geschlossenen Gruppen sahen die Rehabilitanden als förderlich für die Sporttherapie und, weniger stark ausgeprägt, auch für die Psychotherapie. Die Frage zum allgemeinen Effekt der in geschlossenen Gruppen entstandenen Kontakte bewerteten die befragten Rehabilitanden deutlich positiv (77,6% bzw. 84,2%). Schließlich beurteilten die Rehabilitanden die Anwendungen und Therapien in der geschlossenen Gruppe extrem positiv (97,5% bzw. 97,3%).

| Fragen                                                                                                                                                                 | Antworten             | 2016   | 2018   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------|--------|
| Wie bewerten Sie die Therapeutenkonstanz in Ihrem Fall insgesamt?                                                                                                      | sehr gut              | 36,2 % | 48,0 % |
|                                                                                                                                                                        | gut                   | 57,8 % | 42,7 % |
|                                                                                                                                                                        | weniger gut           | 6,0 %  | 5,3 %  |
|                                                                                                                                                                        | schlecht              | 0 %    | 4,0 %  |
| Durch das gemeinsame Absolvieren der Termine entstehen schneller zwischenmenschliche Beziehungen unter den Teilnehmenden als bei wechselnden Gruppenzusammensetzungen. | trifft voll zu        | 59,1 % | 65,3 % |
|                                                                                                                                                                        | trifft überwiegend zu | 30,4 % | 32,0 % |
|                                                                                                                                                                        | trifft teilweise zu   | 9,6 %  | 1,3 %  |
|                                                                                                                                                                        | trifft gar nicht zu   | 0,9 %  | 1,3 %  |
| Das eingetretene Gemeinschaftsgefühl hat einen positiven Effekt auf die sportlichen Therapien.                                                                         | trifft voll zu        | 56,2 % | 53,8 % |
|                                                                                                                                                                        | trifft überwiegend zu | 28,9 % | 35,9 % |
|                                                                                                                                                                        | trifft teilweise zu   | 12,4 % | 9,0 %  |
|                                                                                                                                                                        | trifft gar nicht zu   | 2,5 %  | 1,3 %  |
| Das eingetretene Gemeinschaftsgefühl hat einen positiven Effekt auf die psychologische Therapie.                                                                       | trifft voll zu        | 41,2 % | 41,6 % |
|                                                                                                                                                                        | trifft überwiegend zu | 29,4 % | 32,5 % |
|                                                                                                                                                                        | trifft teilweise zu   | 21,8 % | 24,7 % |
|                                                                                                                                                                        | trifft gar nicht zu   | 7,6 %  | 1,3 %  |
| Die in der Gruppe entstandenen Kontakte haben einen positiven Effekt auf die gesamte Rehabilitationsmaßnahme.                                                          | trifft voll zu        | 50,4 % | 53,9 % |
|                                                                                                                                                                        | trifft überwiegend zu | 27,2 % | 30,3 % |
|                                                                                                                                                                        | trifft teilweise zu   | 17,6 % | 14,5 % |
|                                                                                                                                                                        | trifft gar nicht zu   | 4,8 %  | 1,3 %  |
| Wie bewerten Sie die Anwendungen und Therapien in der geschlossenen Gruppe insgesamt?                                                                                  | sehr gut              | 41,9 % | 50 %   |
|                                                                                                                                                                        | gut                   | 55,6 % | 47,3 % |
|                                                                                                                                                                        | weniger gut           | 2,6 %  | 2,7 %  |
|                                                                                                                                                                        | schlecht              | 0 %    | 0 %    |
| Gesamtbewertung VMO-Konzept                                                                                                                                            |                       | 2,3    | 2,0    |

Tabelle 5

Bewertung der VOR-Rehabilitation in der Berolina Klinik (2016, 2018) der geschlossenen Gruppen und Therapeutenkonstanz

Die Rehabilitanden konnten außerdem in einer offenen Frage die positiven Effekte des geschlossenen Gruppenkonzeptes benennen. Typische Antworten waren „Gemeinsame sportliche Bewegung spornt an“, „Das Vertrauen, das in der Gruppe entsteht, gibt einem Mut, offen zu sein“, „Die Gruppenmitglieder unterstützen sich gegenseitig“, „Der feste Therapeut kann den Reha-Verlauf besser beobachten und besser unterstützen“ und „Besseres Kennenlernen der Mitpatienten mit intensiverem Austausch“.

Zusätzlich erfolgte im Jahr 2016 eine offene Befragung der VOR-Bewegungstherapeuten. Hier zeigten die Antworten eine ausgeprägte Therapeutenzufriedenheit mit den geschlossenen Gruppen und der damit verbundenen Therapeutenkonstanz. Dass in der Gruppe konzentrierter gearbeitet werden kann, wurde häufig bemerkt. Die Arbeit wird als effektiver empfunden, „weil man mehr Zeit hat, sich um den Einzelnen zu kümmern. Man muss viele Sachen nicht doppelt erzählen.“ Ein Therapeut berichtet: „Ich weiß nach zwei Sekunden, ob die Gruppe, die ich vertrete, eine geschlossene oder offene Gruppe ist. Die [geschlossenen Gruppen] sind lockerer,

machen Witze, kommen lieber zur Therapie. Der Spaßfaktor ist kein Verdienst der Therapeuten, das kommt von der Gruppe, weil die sich so gut kennen.“ Gerade die Rehabilitanden, die mehr Zeit brauchen um einem Therapeuten gegenüber Vertrauen zu entwickeln, profitieren aus Behandler-Sicht von der Therapeutenkonstanz in der geschlossenen Gruppe.

Zusammengefasst zeigt die Befragung der Patienten und der Behandler eine hohe Zufriedenheit mit der Form, dem Inhalt, der Anzahl und der perzipierten Wirkung der psychotherapeutischen und sporttherapeutischen Angebote. Die Ergebnisse der Patientenbefragung blieben über die zwei Erhebungszeitpunkte weitgehend stabil, und die durchschnittlich vergebene Gesamtbewertung für das VOR-Konzept hat sich von 2,3 im Jahr 2016 auf 2,0 im Jahr 2018 verbessert. Diese Verbesserung resultiert aus Sicht der Autoren neben den Konzeptveränderungen aus der Verlängerung der Behandlungsdauer von drei auf vier Wochen.

## 4 Diskussion

Die Verhaltensmedizinisch orientierte orthopädische Rehabilitation behandelt teilweise Rehabilitanden mit schwierigen und komplexen Störungsbildern, mit chronischen Schmerzen oder somatoformen Störungen. Aufgrund der engen interdisziplinären Teamarbeit, der aufeinander abgestimmten Therapien, der geschlossenen Gruppen mit einhergehender Therapeutenkonstanz und dem erhöhten psychotherapeutischen Stellenansatz, ist die VOR aus klinischer Sicht in der Lage, diesen Rehabilitanden gerecht zu werden. Neben der psychodiagnostischen Abklärung und der Prüfung des postrehabilitativen psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs ist die Planung von Bewegungsverhalten in den Alltag ein zentrales Rehabilitationsziel in der VOR. Dieses gelingt durch ein abwechslungsreiches Bewegungsprogramm, welches bewusst nicht nur die extrinsische Motivation, sondern insbesondere auch die intrinsische Motivation anspricht. In dieser Weise gewährleistet die VOR-Rehabilitation ein umfassendes, ganzheitlich angelegtes interdisziplinäres Rehabilitationskonzept nach dem bio-psycho-sozialen Modell, wie seit 2001 in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) verankert (World Health Organization 2001).

In der geschlossenen VOR-Gruppe wird ein Rehabilitand lediglich von einem Sporttherapeuten und einem Psychotherapeuten betreut. Dies wird vom gesamten Reha-Team als sehr förderlich für den Behandlungserfolg erlebt. Auch die Rehabilitanden bewerten die geschlossenen Gruppen und die Therapeutenkonstanz sehr positiv. Dass geschlossene Gruppen positive therapeutische Effekte auslösen können, wie zum Beispiel höhere Gruppenkohäsion, wird in der Forschung vermutet und zum Teil belegt (Caspar 2016, Brabender, 1988). Aus diesen Gründen sehen die Autoren in dem geschlossenen Gruppenkonzept mit Therapeutenkonstanz einen entscheidenden Wirkfaktor für die VOR-Rehabilitation. Rehabilitationswissenschaftliche Studien zu den Auswirkungen von geschlossenen Gruppen im Vergleich zu offenen Gruppen sind in Zukunft zu empfehlen.

## Literatur

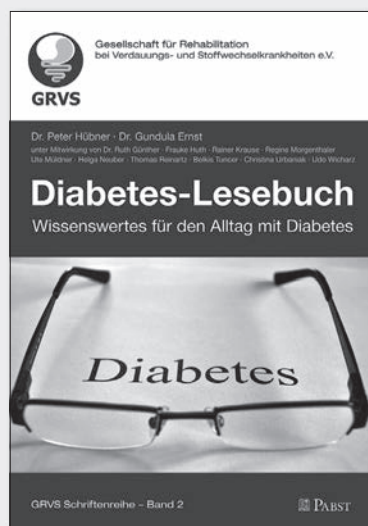
Amin, F. M., Aristeidou, S., Baraldi, C., Czapinska-Ciepiela, E. K., Ariadni, D. D., Di Lenola, D., European Headache Federation School of Advanced, S. (2018). The association between mig-

- aine and physical exercise. *J Headache Pain*, 19 (1), 83.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Brabender, V. (1988). A closed model of short-term inpatient group psychotherapy. *Hosp Community Psychiatry*, 39(5), 542-545.
- Caspar F. (2016). Gruppentherapie. In Petermann F, Gründer G, Wirtz MA, Strohmeier J. Dorsch—Lexikon der Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 369.
- Diener, H.-C., Gaul, C., Kropp, P. et al., Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie, 2018, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien). Abgerufen am 30. Oktober 2018.
- DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2017). ICD-10-GM Version 2017. Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, German Modification). Unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/>. Abgerufen am 30. Oktober 2018.
- DRV Bund. (2018). Reha-Qualitätssicherung. Instrumente und Verfahren. Online Informationen. Unter: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_Sozialmedizin\\_Forschung/02\\_reha\\_qualitaetsicherung/reha\\_qualitaetsicherung\\_index\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetsicherung/reha_qualitaetsicherung_index_node.html). Abgerufen am 30. Oktober 2018.
- DRV Bund. (2017). Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Berlin: DRV Bund.
- DRV Bund. (2012). Curriculum Chronischer Schmerz Standardisierte Patientenschulung, aktualisierte Fassung. Berlin: DRV Bund.
- DRV Bund. (2011). Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung [aktualisiert 2016]. Berlin: DRV Bund.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. *European Review of Social Psychology*, 4, 141–185.
- Gollwitzer, P. M., Heckhausen, H. & Steller, B. (1990). Deliberative vs. implemental mind-sets: Cognitive tuning toward congruous thoughts and information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1119–1127.
- Gollwitzer, P. M. & Oettingen, G. (2000). The emergence and implementation of health goals. In P. Norman, C. Abramam & M. Conner (Hrsg.), *Understanding and changing health behaviour. From self beliefs to self regulation* (S. 229–260). Amsterdam: Harwood.

- Greitemann, B., Dibbelt, S., Fröhlich, S. & Niemeier, C. (2012). DGRW-Update: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems. Rehabilitation (Stuttgart), 51, 378-384.
- Hardt, J., Egle, U. T. & Brähler, E. (2006). Die Symptom-Checkliste-27 in Deutschland - Unterschiede in zwei Repräsentativbefragungen der Jahre 1996 und 2003. Psychother Psychosom Med Psychol, 56, 276-284.
- Hayden, J. A., van Tulder, M. W., Malmivaara, A. & Koes, B. W. (2005). Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev (3), CD000335.
- Kanfer, F., Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In: Franks, C. (Hrsg.): Behavior Therapy: Appraisal and Status. New York: McGraw-Hill.
- Milne, S., Orbell, S., Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. British Journal of Health Psychology, 7, 163-184.
- Schneider, K. (1996). Intrinsisch (autotelisch) motiviertes Verhalten – dargestellt an den Beispielen des Neugierverhaltens sowie verwandter Verhaltenssysteme (Spielen und leistungsmotiviertes Handeln). In J. Kuhl, H. Heckhausen (Hrsg.), Motivation, Volition, Handlung (Enzyklopädie der Psychologie, C) (S. 119-152). Göttingen: Hogrefe.
- Wegner, M., Helmich, I., Machado, S., Nardi, A. E., Arias-Carrion, O., Budde, H. (2014). Effects of exercise on anxiety and depression disorders: review of meta-analyses and neurobiological mechanisms. CNS Neurol Disord Drug Targets, 13, 1002-1014.
- Wirtz, M., Farin, E., Bengel, J., Jäckel, W. H., Hämerer, D. & Gerdes, N. (2005). IRES-24- Patientenfragebogen: Entwicklung der Kurzform eines Assessmentinstrumentes in der Rehabilitation mittels der Mixed-Rasch-Analyse. Diagnostica, 51, 75-87.
- World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Genf: World Health Organization

### **Kai Lorenz**

Chefarzt Verhaltensmedizinische Orthopädie  
Berolina Klinik  
Bültestraße 21  
32584 Löhne  
k.lorenz@uglielje.de



208 Seiten, ISBN 9783-89967-695-2,  
Preis: 15,- €

Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.

## Diabetes-Lesebuch

Wissenswertes für den Alltag mit Diabetes

Autoren: Peter Hübner, Gundula Ernst

Unter Mitarbeit von: Ruth Günther, Frauke Huth, Rainer Krause,  
Regine Morgenthaler, Ute Müldner, Helga Neuber, Thomas Reinartz,  
Belkis Tuncer, Christina Urbaniak, Udo Wicharz

Ein interdisziplinäres Autorenteam beantwortet alle wichtigen und einige weniger wichtige Fragen von Diabetes-Patienten: Medizin, Ernährung, Sport und Bewegung, seelische Probleme, Stress, Beruf, Soziales.



PABST SCIENCE PUBLISHERS · Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich  
Tel. ++49 (0) 5484-308 · Fax ++49 (0) 5484-550 · E-Mail: pabst@pabst-publishers.com  
www.pabst-publishers.com · www.psychologie-aktuell.com