

Integration berufsbezogener Maßnahmen

Zielorientierung in der Rehabilitation bei Risiken zur vorzeitigen Berentung

BERLIN – Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung beruht auf dem Auftrag, die Integration des Versicherten im Erwerbsprozess sicherzustellen oder ihn wieder in das Berufsleben einzugliedern.

Vor dem Hintergrund der sozialmedizinischen Relevanz und den Folgekosten pneumologischer Erkrankungen ist es dringend erforderlich, die Rehabilitation um den Leitgedanken eines arbeitsproblemorientierten Bezuges gezielt zu erweitern.

Dies bedeutet konkret, dass das individuelle Risiko oder die Gefährdung für eine vorzeitigen Berentung durch geeignete somatische, funktionale und psychosoziale Faktoren und ihrer Wechselwirkungen abschätzbar sein muss. Hierdurch besteht die Möglichkeit, für diese Risikogruppe bereits während der Rehabilitationsmaßnahme alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf arbeits- und berufsbezogene Problemstellungen auszurichten.

Methodik, Studiendesign

Mit dem Projekt wurde das Ziel verfolgt, ein 'Risikoprofil zur Frühberentung' zu identifizieren und in ein Screeningverfahren zur gezielten Diagnostik und Zuweisung in die Therapie-, Beratungs- und Schulungsbereiche umzusetzen. Hierzu wurden vorliegende Erhebungen durch eine fünf Jahre später durchgeführte Nachbefragung ergänzt und in der Wechselwirkung auf das Kriterium der Frühberentung analysiert. In die Nachbefragung wurden 814 Pa-

tienten einbezogen (Rücklauf 553 Fragebögen, 67,9%).

Ergebnisse

Bei einer Gleichverteilung der an Männern und Frauen ergibt sich für t1 ein Durchschnittsalter von 47 (± 14) Jahren. Der überwiegende Teil der Befragten ist verheiratet oder lebt in sonstigen partnerschaftlichen Beziehungen. Über ein Drittel der Befragten verfügt über die Hochschulreife, so dass die Stichprobe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein höheres Bildungsniveau aufweist.

Die Hauptdiagnosen beinhalten mit 80% überwiegend unterschiedliche Formen asthmatischer Erkrankungen. Neben pneumologischen Erkrankungen weisen 75% weitere Erkrankungen auf. Die Krankheitsdauer beträgt zu t1 durchschnittlich 15,1 Jahre ($\pm 11,9$). Auf der Basis der Medikation weisen 72,4% der Befragten eine mittel- bis schwergradige Erkrankung auf, in deren Folge sich in wesentlichen Lebensbereichen Beeinträchtigungen ergeben. Entsprechend dem hohen Bildungsniveau sind in der Ausgangsstichprobe zu t1 44,1% der Patienten in einem Angestelltenverhältnis, 16,7% sind beamtet, 9,5% befinden sich noch in Ausbildung und 7,8% sind (Fach-)Arbeiter.

Zur Vorhersage der Frühberentung konnten von der Gesamtstichprobe 408 Patienten zur Modellbildung verwendet werden (vgl. Abb. 1). Die Einschlusskriterien in die beiden Gruppen sind eine zwischen t1 (Ursprungsstichprobe) und t2 (Nachbefragung) beantragte

oder ausgesprochene Frühberentung (n=92) bzw. eine Berufstätigkeit zu t1 und t2 (n=316).

für eine Frühberentung (vgl. Abb. 3).

Die Überprüfung der Model-

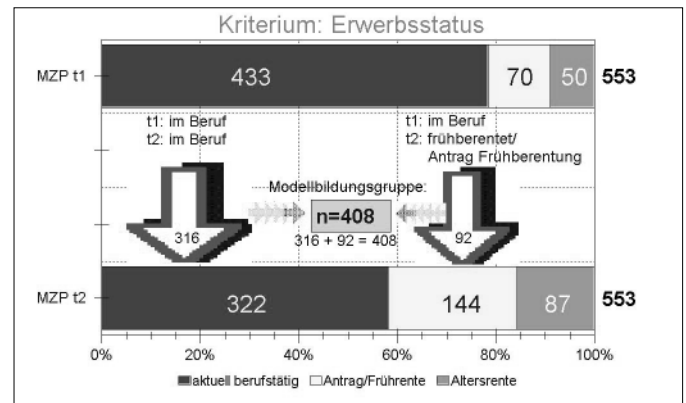


Abb. 1: Zusammensetzung der Stichprobe (t1/t2)

Die logistische Regressionsanalyse (bezogen auf Messzeitpunkt t1) ergibt folgende Risiken zur vorzeitigen Berentung (vgl. Abb. 2): höheres Alter, Schwerbehinderung, höhere Zufriedenheit mit der Freizeit, geringere subjektive Arbeitsfähigkeit, niedrige Zufriedenheit mit der Stimmung, mehr Besuche bei einem Hausarzt/Allgemeinmediziner und weniger/keine Besuche bei einem Pneumologen (Facharzt).

Aus den Daten aus t2 erweisen sich ein höheres Alter, eine stärkere berufliche Belastung durch die Atemwegserkrankung, eine Schwerbehinderung, geringere Symptome der Müdigkeit (ASL) im Kontext der Atemwegssymptomatik, Einschränkungen im beruflichen Weiterkommen, eine stärkere Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit, eine geringere Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit, die AU-Zeiten, ein besseres Abfinden mit der chronischen Erkrankung und stärkere berufliche Veränderungen durch die Erkrankung als Risikofaktoren

le mittels Kreuzvalidierung weist auf die Übertragbarkeit auf andere Stichproben hin.

Diskussion

Auch wenn sich die für die beiden Messzeitpunkte gefundenen Prädiktoren unterscheiden, ergeben sich ähnliche Ergebnisse. Vor dem Hintergrund der bestehenden chronischen Erkrankung mit einer Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit weisen die Ergebnisse neben dem zunehmenden Alter auf die Bedeutung des physischen und psychischen Verschleißes hin.

Mit zunehmendem Alter scheint die Frühberentung für eine freiwillige oder erzwungene Richtungsentscheidung in Bezug auf die weitere Lebensgestaltung zu sprechen. Hierfür sprechen die zunehmende Nähe zur normalen Berentung und das Abfinden mit der Chronizität der Erkrankung und deren Folgen. Im beruflichen Kontext kann diese Richtungsentscheidung

Fortsetzung s. nächste Seite

Fortsetzung

dung durch bereits erlebte krankheitsbedingte berufliche

raten hat. Auf der anderen Seite kann jedoch auch angenommen werden, dass aufgrund der Krankheitsschwere der Stich-

Schritt	Variable	B*	SE(B)*	Wald*	Sig.*	Exp(B)*
1	Alter	0.188	0.034	31.140	<.001	1.207
2	Schwerbehinderung	1.411	0.457	9.524	<.01	4.101
3	Unzufriedenheit mit der Freizeit	-1.064	0.322	10.936	<.001	0.345
4	Subjekt. Gefühl der Arbeitsfähigkeit	-0.021	0.010	4.168	<.05	0.979
5	Unzufriedenheit mit der Stimmung	0.693	0.264	6.901	<.01	2.000
6	Anzahl Behandlungen bei einem Allgemeinarzt	0.045	0.019	5.818	<.05	1.046
7	zu t ₁ in Behandlung bei einem Pneumologen	-0.925	0.434	4.552	<.05	0.397

* Die Kennwerte geben den Stand nach dem letzten Schritt der logistischen Regression an

Modellgüteparameter			
-2LL	Cox & Snell R ²	Nagelkerkes R ²	Chi ²
148.634	0.368	0.561	112.307

OR: 17.50
(95% CI: 8.23 – 37.21).

Abb. 2: Ergebnisvariablen in der Modellbildungsgruppe (t1)

Veränderungen und Einschränkungen des beruflichen Weiterkommens beeinflusst worden sein. Letzteres kann auch im Sinne einer beruflichen De-Motivierung interpretiert werden. Wesentlich erscheint jedoch, das mit zunehmender Nähe zur normalen Belastung, krankheitsbedingten Belastungen und negativen beruflichen Erfahrungen die Arbeit für das individuelle Leben an Bedeutung verloren (Sinnfindung, Motivation) hat und der Selbstverwirklichung und Lebensqualität im Sinne einer Interessenverlagerung der Vorrang vor der Arbeit eingeräumt wurde.

Durch die Anzahl der Arztbesuche gewinnt die deutliche - fachärztliche Unterversorgung an Bedeutung. Die Ergebnisse sprechen für eine notwendige lungenfachärztliche Versorgung der Betroffenen. Die Vielzahl der Besuche bei Allgemeinmedizinern/Hausärzten lässt zwei Interpretationen zu.

Bereits bei den allgemein angegebenen Gründen zur Frühberentung wurde deutlich, dass bei über der Hälfte der Frühberenteten der Hausarzt hierzu ge-

probe zumindest eine Mitbehandlung durch einen Lungenfacharzt indiziert war, die jedoch nicht erfolgt ist und damit die medizinischen Möglichkeiten nicht umfänglich ausgeschöpft wurden.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die gesamten Ergebnisse sprechen neben der Optimierung der biomedizinischen Diagnostik und Therapie und der hieraus angestrebten Verbesserung der Symptomatik und Krankheitsfolgen für eine stärkere Integration berufsbezogener Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation: berufsbezogene Diagnostik, Be-

achtung und Förderung psychischer (Motivation, Copingstrategien) und sozialer (soziale Unterstützung) Ressourcen, Beeinflussung von Arbeitsbedingungen, die mit der Erkrankung vereinbar sind (Umweltfaktoren). Daneben scheint die Behandlung bei einem Lungenfacharzt einen Schutzfaktor darzustellen, aus der sich die Notwendigkeit der Verbesserung der fachärztlichen Behandlung ableiten lässt. Die Ergebnisse sprechen für die Notwendigkeit geeigneter Maßnahmen, um Allgemeinmediziner/Hausärzte besser in den Re-

Schritt	Variable	B*	SE(B)*	Wald*	Sig.*	Exp(B)*
1	Alter	.22	.03	50.25	<.001	1.25
2	Subjektiv stärkere berufliche Belastung durch Atemwegserkrankung	.77	.23	11.51	<.001	2.16
3	Vorliegen einer Schwerbehinderung	1.01	.36	2.74	<.01	2.74
4	Skala Müdigkeit des ASL	-.79	.29	7.59	<.01	.46
5	Empfindung eines eingeschränkten beruflichen Weiterkommens	.38	.17	5.19	<.05	1.46
6	Beeinträchtigung der allgemeinen Leistungsfähigkeit in den letzten 6 Monaten	.86	.27	9.95	<.01	2.37
7	Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit in den letzten 6 Monaten	-.64	.24	6.86	<.01	.53
8	Dauer der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten	.007	.003	5.01	<.05	1.01
9	Fähigkeit zur Abfindung mit der chronischen Atemwegserkrankung	.52	.23	5.30	<.05	1.08
10	Erleben beruflicher Veränderungen durch chronische Atemwegserkrankung	.78	.36	4.80	<.05	2.18

Modellgüteparameter			
-2LL	Cox & Snell R ²	Nagelkerkes R ²	Chi ²
240.59	.38	.58	194.97

OR: 20.34
(95% CI: 8.89 – 46.53).

Abb. 3: Ergebnisvariablen in der Modellbildungsgruppe (t2)

habilitationsprozess zu integrieren. Neben einer grundsätzlichen Einbeziehung der Rehabilitationsmedizin in die ärztliche Ausbildung können Fort- und Weiterbildungsangebote dazu beitragen, dass vor dem Rat zur Frühberentung zuerst alle rehabilitativen Möglichkeiten ausgeschöpft werden (Literatur beim Verfasser).

i *Korrespondenzanschrift:*
Dr. Udo Kaiser
Psychosoziale Rehabilitation
Qualitätsmanagement; Deutsche Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang
CH-7265 Davos Wolfgang/Schweiz
email: udo.kaiser@hgk.ch
Internet:
www.hochgebirgsklinik.ch

Industrie-Symposium

IVAX

„Asthma/COPD: Kleine Wege – große Ziele“

Morgen Mittag veranstaltet IVAX das Symposium (Vorsitz: Dr. Thomas Voshaar, Moers), das sich um die zentrale Rolle der Entzündungsprozesse in den kleinen Atemwegen bei Asthma und COPD dreht. Neue bildgebende Verfahren, aktuelle Forschungsergebnisse und künftige Therapieoptionen stellen Prof. S. Uhlig, Borstel, PD Dr. M. John, Berlin, und Dr. Th. Voshaar vor.

Freitag, 18. März 2005, 13.30 – 15.00 Uhr, Cubix-Film-palast, Alexanderplatz 1, Berlin

Boehringer Ingelheim

„Paradigmenwechsel in der COPD – optimale Bronchodilatation reduziert Air Trapping“

i *Referenten:*
Prof. Helgo Magnussen
Prof. Wolfgang Petro
Dr. Thomas Voshaar
Prof. Dr. Thomas Welte

Freitag, 18. 3. 2005, 17.30 – 19.30 Uhr, Raum C01 (bcc)

Impressum

Herausgeber: Dr. Hans Biermann
Redaktion:
Bernd Schunk (sk), verantwortlich
Anzeigen / Marketing:
Dr. Axel Sobek
Grafik und Layout:
H. Udo Pöbneck
Biermann Verlag GmbH
Otto-Hahn-Str. 7
50997 Köln
Tel. (0 22 36) 376 - 0, Fax. -999