

Die Inhalte:

- Mitteilungen des vffr
- Informationen aus dem NVRF
- Informationen aus der DRV Nord
- Forschung aus der Praxis
- uvm.

In dieser Ausgabe:

vffr-news, die zweite	1
Abgeschlossene vffr-Projekte	2
NVRF-News	9
Nachsorge bei MSK	13
Forschung aus der Praxis: AKASH	15
Veranstaltungen und Neuerscheinungen	17
Impressum	20

"vffr-news" - mit der zweiten sieht man besser...

Liebe Leserinnen und Leser,

vor einem halben Jahr erblickten die „vffr-news“, das neue Mitteilungsblatt des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (vffr), das Licht der Welt und erfreuten sich gleich von Beginn an großer Beliebtheit. Bereits vor Erscheinen der ersten Ausgabe hatten sich fast 200 Interessenten in unseren Verteiler aufnehmen lassen, zwischenzeitlich ist die Zahl unserer „Abonnenten“ sogar nochmals um gut ein Drittel gewachsen. Für das große Interesse und die zahlreichen positiven Rückmeldungen möchten wir uns an dieser Stelle vorab ganz herzlich bei Ihnen bedanken.

Nachdem sich die erste Ausgabe der vffr-news zunächst noch schwerpunktmäßig einer grundsätzlicheren Vorstellung des vffr und seiner Strukturen widmete, wollen wir Ihnen - beginnend mit der nun vorliegenden zweiten Ausgabe der

vffr-news - zukünftig detailliertere Informationen zu ausgewählten vffr-Projekten und Aktivitäten vermitteln. Den Einstieg in diese Präsentationsreihe bildet zunächst die Vorstellung rehabilitationswissenschaftlicher Projekte, die vom vffr gefördert wurden und im vergangenen Jahr abgeschlossen werden konnten.

Einen festen Bestandteil der vffr-news stellen jeweils auch die Seiten des Norddeutschen Verbunds für Rehabilitationsforschung e.V. (NVRF) dar, auf denen diesmal neben aktuellen Informationen aus der Verbundarbeit auch die einzelnen Arbeitsgruppen des NVRF vorgestellt werden.

In einem Beitrag aus der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Nord wird ferner über die Nachsorge bei muskuloskelettalen Erkrankungen informiert.

Außerdem wird in der vorliegenden Ausgabe der vffr-news die neue Rubrik „Forschung

aus der Praxis“ eingeführt, in der Reha-Forscher aus der Praxis die Gelegenheit erhalten sollen, ihre auch unabhängig vom vffr realisierten Forschungsprojekte vorzustellen. Den Beginn machen hier Frau Dr. Scheewe und Kollegen mit einem Beitrag aus der Fachklinik Sylt zur Akupunktur-Studie AKASH.

Abgerundet werden die vffr-news wieder durch eine Auswahl an Tagungsankündigungen, Literaturhinweisen und einen aktuellen Veranstaltungskalender.

Wir hoffen, dass die neue Ausgabe des vffr-Newsletters wieder auf Ihr Interesse trifft und beim einen oder der anderen unserer Leserinnen und Leser Lust auf Reha-Forschung macht!

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen einen schönen Sommer 2008!

Dr. Sven Rabung
Redaktion vffr-news



Vorstellung vffr-geförderter Projekte mit Abschluss in 2007

Nachdem in der ersten Ausgabe der vffr-news zunächst die Aufgaben, Ziele und Strukturen des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) dargestellt sowie ein erster Überblick über abgeschlossene, laufende und

geplante vffr-Projekte vermittelt wurden, sollen in den weiteren Ausgaben der vffr-news jeweils ausgewählte Projekte detaillierter vorgestellt werden.

Den Beginn dieser Vorstellungs-Reihe machen in der vorliegenden zweiten Ausgabe der vffr-news zunächst diejeni-

gen Projekte, die in den vergangenen Jahren durch den vffr gefördert wurden und kürzlich, d.h. konkret im Jahre 2007, abgeschlossen werden konnten. Insgesamt sind dies acht Projekte, die im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden sollen.

Qualitätssicherung in der Physiotherapie – Evaluation von Performance-Tests

Projektleiter	Wolfgang Weinhold
Einrichtung	Ambulantes Rehasentrum Kiel
Projektnr.	65
Hintergrund	Ausgangspunkt des vorliegenden Projektes waren eine Literatursichtung sowie die Empfehlungen um Bühlren et al. (2002) einen Performance-Tests zu entwickeln. Diese hatten sich im Rahmen der Operationalisierung von Therapiezielen zwar mit der Entwicklung einer Pilotversion eines „Test für Alltagsfunktion“ (TAF) beschäftigt, konnten diesen allerdings aus unterschiedlichen Gründen nicht umsetzen.
Zielsetzung	Konstruktion und Evaluation eines einfachen, nützlichen und zeitökonomischen Performance-Test of lower limb activities (Polla) für den Routineeinsatz im physiotherapeutischen Praxisalltag.
Methodik	In einer Längsschnittstudie wurden zu Therapiebeginn und Therapieende die Ergebnisse einer sechswöchigen physiotherapeutischen Behandlungsserie an einer Stichprobe von 81 Patienten mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst. Zielgruppe war ein 19-75jähriges orthopädisch-traumatologisch orientiertes Patientenkollektiv, das sich nach operativem Eingriff an der unteren Extremität im Ambulanten Rehasentrum Kiel zur Therapie anmeldete. Die Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Therapieergebnisse waren insbesondere der Polla, ein klinik-intern entwickelter Selbsteinschätzungsfragebogen zu Einschränkungen von Aktivitäten und der SF-36 Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. 36 Patienten wurden zusätzlich zu einem Follow-up durchschnittlich 80 Tage (± 39) nach Therapieabschluss erneut überprüft.
Ergebnisse	Die Ergebnisse zum Polla zeigen ausgezeichnete Intrarater-Reliabilität ($n=29$) und eine gute Interrater-Reliabilität bei allerdings nur drei Beurteilern ($n=32$). Die Konsistenzanalyse weist eine zufrieden stellende Zuverlässigkeit über Cronbachs Alpha nach. Eine überwiegend mittlere bis hohe Konstruktvalidität ergibt sich – bei Betrachtung der Summenskalen – aus den statistischen Zusammenhängen der Konstrukte qualitativer Beurteilung im Polla und quantitativer Messung der sonstigen Tests. Die statistischen Hypothesen zu vermuteten Zusammenhängen des Polla zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Kriteriumsvalidität) bestätigten sich. Stabile Zusammenhänge zu allen Dimensionen des SF-36 sind nicht vorhanden. Hinsichtlich der Änderungssensitivität weist der Polla gegenüber den sonstigen eingesetzten Tests bessere Werte auf.
Diskussion	Der Polla zeigt, dass er in einem postoperativen Zeitraum Veränderungen mit großer Effektstärke nachweisen kann. Vergleichbare Testgütekriterien zum Follow-up mit 26 Patienten durchschnittlich 80 Tage nach Therapieende unterstreichen die Qualität des Polla auch über einen längeren Zeitraum hinweg. Die Ergebnisse zum Polla zeigen eine insgesamt gute Absicherung der Teststatistik für die untersuchte Stichprobe von 81 Patienten zu den Zeitpunkten Therapiebeginn und -abschluss hinsichtlich aller Kriterien. Aufgrund der kleinen Fallzahl von 26 Personen zum Follow-up sind die Ergebnisse allerdings kritisch zu bewerten.

Fortsetzung von Seite 2



(Projekt Nr. 65 - fortgesetzt)

Die in der Literatur beschriebenen geringen bis moderaten Zusammenhänge zwischen den Erhebungsarten (Fremdbeurteilungen in Form von Performance-Tests vs. Selbsteinschätzungen) wurden in dieser Studie bestätigt. Eine Beurteilung von Therapieergebnissen müsste daher grundsätzlich aus unterschiedlicher Sicht erfolgen – aus der Patientenperspektive einerseits und aus der Sicht von Therapeuten oder Ärzten andererseits. Die Benutzung von Performance-Tests in der Outcome-Beschreibung physiotherapeutischer Maßnahmen ist daher eine sinnvolle Ergänzung von Selbsteinschätzungsinstrumenten, dies vor allem deshalb, da Therapeuten durch die Vorführung von Aktivitäten bessere Vorstellungen über die Qualität der Bewegungen erhalten und Clinical-Reasoning-Prozesse dadurch unterstützt werden können.

Fazit

Nachsorge: Wunsch und Wirklichkeit aus dem Blickwinkel von Rehabilitanden in der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen

Jürgen Höder & Ruth Deck

Rheumaklinik Bad Bramstedt & Institut für Sozialmedizin UKSH

79

Die Effektivität der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen ist nach bisherigen Studien eher schwach und zeitlich begrenzt. Eine Reihe von Maßnahmen wird seit einiger Zeit diskutiert, die Abhilfe schaffen könnten, darunter eine verbesserte Organisation der so genannten Nachsorge. Bisher liegen jedoch kaum Studien dazu vor, welche Inhalte und Organisationsformen erfolgversprechend sind.

Projektleiter

Einrichtungen

Projektnr.

Hintergrund

Gewinn von Informationen aus Sicht der Betroffenen über Wünsche in Bezug auf nachgehende Aktivitäten und tatsächliche Erfahrungen.

Zielsetzung

Fokusgruppen: Teilnahme von 194 Patienten mit verschiedenen Diagnosen aus drei Rehabilitationskliniken an einem strukturierten Gruppengespräch zu Fragen der Nachsorge. Die Gespräche wurden auf Tonträger aufgenommen und nach quantitativen und qualitativen Aspekten ausgewertet.

Methodik

Schriftliche Befragung: Versand von Fragebögen zu Nachsorgeerfahrungen nach ca. einem Jahr. 142 Personen lieferten auswertbare Bögen. Die Rücklaufquote lag bei 73,2%.

Ergebnisse

Fokusgruppen: Rehabilitanden wünschen sich v. a. Bewegungstherapie, die sie über einen längeren Zeitraum wohnortnah, kontinuierlich und unter fachmännischer Begleitung durchführen können. Die Begleitung war ihnen wichtig zur Aufrechterhaltung der Motivation und zur Überwindung von Ängsten, etwas falsch zu machen. Finanzielle Zuschüsse von Versicherern waren für viele eine Voraussetzung für längerfristige Aktivitäten, die sie sich andernfalls nicht leisten könnten.

Fragebogen: 80% gaben an, sofort oder innerhalb des ersten Monats mit Aktivitäten begonnen zu haben. Im Durchschnitt wurden 4 Aktivitäten 6 Monate oder länger in die Tat umgesetzt. Das dauerte 4 Stunden pro Woche und kostete im Mittel 40€. Fördernde Faktoren waren vor allem die Erfahrungen, die sie in der stationären Rehabilitation gewonnen hatten und die erlebte Wirksamkeit ihrer Bemühungen. Hindernisse sahen sie bei eigener geringer Motivation, zu hohen Kosten und Zeitmangel. Rehabilitanden, die ihre Aktivitäten länger durchgehalten hatten, berichteten einen etwas besseren Gesundheitszustand

Diskussion

Die Methode der Fokusgruppen ist eher hypothesengenerierend als hypothesenprüfend. Insofern bedürfen die Ergebnisse einer Überprüfung mit anderen Methoden, was z.T. bereits durch die schriftliche Befragung realisiert wurde. Allerdings muss die Validität dieser Angaben als eingeschränkt bewertet werden, da es sich um eine retrospektive Befragung handelt.

Fazit

Die meisten Teilnehmer der muskuloskelettalen Rehabilitation wollen vor allem das, was auch Kostenträger und Wissenschaftler fordern, nämlich regelmäßig mehr gesunde Bewegung. Sie setzen das zu einem erstaunlich großen Teil auch in die Tat um. Allerdings fühlen sich viele allein gelassen und überfordert. Sie brauchen mehr Unterstützung durch ein geordnetes Zusammenwirken aller beteiligten Institutionen.



Fortsetzung von Seite 3

Entwicklung und erste Erprobung eines Nachsorgeplans für Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (Projekt NASO)

Projektleiter	Ruth Deck, Angelika Hüppe, Andreas C. Arlt & Marianne Schauer
Einrichtungen	Institut für Sozialmedizin UKSH, Rheumaklinik Bad Bramstedt & Betriebsärztlicher Dienst Hansestadt Lübeck
Projektnr.	82
Hintergrund	Im Unterschied zu verschiedenen komplexen Programmpaketen, die dem Patienten bislang angeboten werden (z.B. IRENA, INA, MTT), fokussiert das Konzept NASO insbesondere auf die „begleitete“ Eigeninitiative der Rehabilitanden.
Zielsetzung	Entwicklung eines „Nachsorgeplans“ für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (cRS).
Methodik	Als Basis für die Entwicklung des Nachsorgeplans dienten die bereits praktizierten Nachsorgeaktivitäten der beteiligten 11 orthopädischen Reha-Einrichtungen in Schleswig-Holstein. Diese wurden im Dialog zwischen der Projektgruppe und verschiedenen Expertengruppen aus den Reha-Einrichtungen (Vertreter der Klinikleitung, medizinisches und therapeutisches Klinikpersonal) in insgesamt acht Gruppentreffen modifiziert und ausgebaut.
Ergebnisse	<p>Ziel des exemplarischen Nachsorgemoduls ist es, Patienten mit cRS zur Aufnahme und Beibehaltung regelmäßiger körperlicher Aktivitäten im Zeitraum von mindestens einem Jahr nach der eigentlichen Reha-Maßnahme zu motivieren. Dieser Schwerpunkt wurde gewählt, da sich regelmäßige körperliche Bewegung als eine der wenigen evidenzbasiert wirksamen Behandlungsmaßnahmen zur Behandlung chronischer RS darstellt.</p> <p><i>Bausteine des Nachsorgekonzepts:</i> Einführung des neuen Credos (s. u.), Gesprächsleitfaden für das Aufnahmegespräch, Abbau von Bewegungsangst in allen Therapiemodulen, Nachsorgevertrag (Selbstverpflichtung) für das Entlassgespräch, Patiententreffen zum Thema Nachsorge, Sprechstunde, Patientenhefte zum Thema körperliche Aktivität (für die Zeit in der Klinik und für zu Hause), Kontaktaufnahme von Seiten der Klinik (je nach Wunsch telefonisch, schriftlich, per E-Mail) im Jahr nach der Rehabilitation, wenn Bewegungstagebuch nicht rechtzeitig zurückgeschickt wird, Telefonleitfaden für unterstützende Anrufe, Einrichtung einer Mailhotline der Klinik für Patientenfragen rund um die Bewegung, Angebot eines Gesundheits-Checkups oder äquivalenter Angebote in der Klinik als Bonus für das Einsenden aller Bewegungstagebücher, Informationsmaterial für Hausarzt und Angehörige zur Unterstützung.</p>
Diskussion	11 der 19 angesprochenen Einrichtungen beteiligten sich während der Projektlaufzeit aktiv an den verschiedenen Gesprächsrunden. Die Bereitschaft, auch grundlegende Einstellungen im Verhältnis zu den Rehabilitanden zu hinterfragen und zu ändern, war groß. Eine Betreuung von Seiten der Klinik im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme mit Hilfe der entwickelten Patientenheftchen erwies sich als umsetzbar. Dass dabei in der Pilotphase Mitarbeiter ganz unterschiedlicher Professionen die Organisation und Durchführung dieser Betreuung als „Nachsorgebeauftragter“ übernahmen, weist darauf hin, wie schwierig es für die Rehabilitationseinrichtungen ist hierfür zeitliche Ressourcen bereitzustellen.
Fazit	Für die Umsetzung des Nachsorgeplans und zur Unterstützung der Patienten bei der notwendigen Lebensstiländerung kommt einem „Paradigmenwechsel“ in der Reha-Einrichtung eine zentrale Bedeutung zu. Die Reha-Einrichtung weitet ihre Verantwortung für die gesundheitliche Entwicklung ihrer Rehabilitanden über die eigentliche Zeit der dreiwöchigen Reha-Maßnahme hinaus auf ein ganzes Jahr aus. Sie unterstützt von Beginn an verstärkt die Eigenverantwortung und Eigenkompetenz des Rehabilitanden für einen gesundheitsbewussten Lebensstil in der Zeit nach der Rehabilitation. Diese veränderte Grundeinstellung wurde von den Reha-Klinikern und dem Reha-Team als „neues Credo“ bezeichnet und schriftlich gefasst. Zur Evaluation der Wirksamkeit des entwickelten Konzeptes wurde ein BMBF-Antrag gestellt.

Fortsetzung auf Seite 5

Fortsetzung von Seite 4



Untersuchung eines integrierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms zur Behandlung der Doppeldiagnose Sucht und Depression

Sybille Zumbeck

Ahornhof, Groß Offenseth-Aspern

92

Ein hoher Prozentsatz der Patienten im Suchthilfesystem leidet unter weiteren komorbiden Störungen, sog. Doppeldiagnosen. Besonders häufig findet man dabei affektive Störungen. Aufgrund von repräsentativen Untersuchungen muss man davon ausgehen, dass fast 30% aller alkoholabhängigen Männer und über 50% der Frauen betroffen sind. Unabhängig davon, ob bei den Patienten die Depression zuerst vorgelegen hat (primäre Depression) oder sich die affektive Störung im Zuge der körperlichen, sozialen und psychischen Veränderung und Verwahrlosung im Laufe der Suchtgeschichte entwickelt hat (sekundäre Depression) ist es in der Therapie erforderlich, beide Störungen zu bearbeiten.

Beurteilung der Durchführbarkeit, der Akzeptanz seitens der KlientInnen und der Wirksamkeit eines integrierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms zur Behandlung der Doppeldiagnose Sucht und Depression.

Anhand eines Fragebogens wurden von 39 PatientInnen vor der Behandlung Angaben zu den Symptomen der Sucht und der Depression, Suchtverlauf und Vorbehandlungen erhoben. Außerdem wurden Kontrollvariablen (u.a. hirnorganische Beeinträchtigung) erhoben. Nach jeder Gruppensitzung wurden die ProbandInnen mittels eines standardisierten Instruments gebeten, Angaben zu ihrer Zufriedenheit mit der jeweiligen Sitzung zu machen und ggf. Verbesserungswünsche zu äußern. Nach der Behandlung wurde die allgemeine Zufriedenheit der ProbandInnen mit dem Programm erfragt und es wurden wiederum die Symptome der Sucht und der Depression erfasst. Eine weitere Erhebung dieser Variablen fand vier Wochen nach Abschluss der Gruppe statt.

Es zeigte sich einerseits eine hohe Akzeptanz seitens der Klientel und andererseits die gute Durchführbarkeit auch mit wechselndem therapeutischem Personal. Einige Fragebögen, die als Wirksamkeitsindikatoren eingesetzt wurden, zeigten in wichtigen, in der Behandlung bearbeiteten Bereichen deutliche Verbesserungen der Symptomatik. Andere Instrumente bildeten keine Veränderungen ab, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass sie weniger passend für die gestellten Fragen waren.

Insgesamt eignete sich die Gruppenbehandlung auch für die hier untersuchte schwer belastete Klientel, unabhängig davon, ob sie akut unter einer depressiven Symptomatik litten oder diese gegenwärtig remittiert war. Die hier dargestellte Untersuchung diente als Pilotstudie für eine weitere Evaluation, die angesichts der hier gewonnenen Ergebnisse lohnend erscheint.

Der Transfer in die Routine des therapeutischen Alltags ist, da es sich um ein manualbasiertes Angebot handelt, recht einfach zu ermöglichen und das Gruppenprogramm wurde und wird auch nach Abschluss der Erhebungsphase in der Einrichtung weiter angeboten.

Projektleiter

Einrichtung

Projektnr.

Hintergrund

Zielsetzung

Methodik

Ergebnisse

Diskussion

Fazit

Klinikseelsorge in der Rehabilitation – Bestandsaufnahme für Schleswig-Holstein und Untersuchung der Erwartungen von Patienten an die Seelsorge in der medizinischen Rehabilitation

Maike Windhorn-Stolte & Hans-Joachim Lepthin

Fachklinik Aukrug der DRV Nord

96

Die Klinikseelsorge an Rehakliniken führt zurzeit eher ein Randdasein. Ein flächendeckendes Angebot ist in Schleswig-Holstein nicht gegeben, es fehlen klare Strukturen und vergleichbare Arbeitsbedingungen an den Kliniken. Hier sind sowohl die Evangelische Kirche als auch die Träger der Kliniken gefordert, die Situation entsprechend den Wünschen der Patienten deutlich zu verbessern.

Projektleiter

Einrichtung

Projektnr.

Hintergrund

Fortsetzung auf Seite 6



Fortsetzung von Seite 5

(Projekt Nr. 96 - fortgesetzt)

- Zielsetzung** Erfassung des seelsorgerischen Angebots in der medizinischen Rehabilitation und Ermittlung des tatsächlichen Bedarfs.
- Methodik** Um das grundsätzliche Vorhandensein von Seelsorgeangeboten zu erfragen, wurden im April 2005 27 Rehabilitationskliniken in Schleswig-Holstein mittels eines selbst entwickelten Fragebogens postalisch befragt, der Rücklauf lag bei 81,5%. Parallel dazu wurden die an den Kliniken tätigen 21 Seelsorgerinnen und Seelsorger mittels eines selbst entwickelten, strukturierten Interviews telefonisch befragt, hier beträgt die Teilnahmequote 100%. Vom 16.8.2005 bis 3.3.2006 wurden in der Fachklinik Aukrug 1541 Fragebögen an die neu ankommenden Patienten ausgeteilt, der Rücklauf lag bei 26%. Ein zweiter Fragebogen wurde an alle Patienten vor der Abreise ausgeteilt, es ergab sich ein Rücklauf von 34,4%.
- Ergebnisse** Von 530 befragten Patienten der Fachklinik Aukrug wünschen 95% das Vorhandensein seelsorgerlicher Angebote, selbst bei Patienten ohne Religionszugehörigkeit sind es deutlich mehr als 4 von 5 Patienten. Die Hälfte aller Patienten kann sich vorstellen, selbst während des Aufenthaltes ein Seelsorgeangebot in Anspruch zu nehmen. Ein knappes Drittel möchte besucht werden, ohne selbst darum gebeten zu haben. Gewünscht wird eine kirchliche Klinikseelsorge, gerade auch mit priesterlichen, die Heilsgewissheit stützenden Anteilen (Abendmahl, Gottesdienste). Als Hauptthemen der Seelsorge werden Sterben, Tod, Trauer und das Ernstnehmen von Ängsten genannt. Am meisten erwarten die Patienten, dass ihnen in der Seelsorge zugehört wird. Ein erhöhtes Seelsorgebedürfnis bei Patienten mit einem schlechten Gesundheitszustand konnte nicht nachgewiesen werden. Erhöht ist der Bedarf allerdings bei Patienten, die sich noch in der Klärung ihrer gesundheitlichen Situation besonders hinsichtlich ihrer Bedrohlichkeit und der daraus resultierenden Ängste befinden.
- Diskussion** Die Frage, inwieweit die Seelsorge zur gesundheitlichen Verbesserung beiträgt, ist naturgemäß schwer mit messbaren Fakten zu belegen und nicht im Rahmen dieser Studie zu bewältigen. Betrachtet man die Selbsteinschätzung der Patienten, ist jedoch ein Faktum zu nennen: Die Patienten, die bereits Seelsorgeerfahrungen haben, schätzen die Aussage „Die Seelsorge trägt zur gesundheitlichen Verbesserung bei“ hoch signifikant höher ein als Patienten ohne diese Erfahrungen.
- Fazit** Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie ist nicht nachvollziehbar, warum der Klinikseelsorge im Bereich der Rehabilitation so wenig Beachtung entgegengebracht wird. Klinikseelsorge kann auch im Rahmen der Rehabilitation einen eigenen, wichtigen Beitrag zu Stabilisierung und Gesundung des Patienten leisten.

Psychotherapeutische Behandlung von sozialmedizinischen Problempatienten: Evaluation von berufsbezogenen Behandlungselementen – katamnestiche Nacherhebung

- Projektleiter** Wolfgang Bürger & Christoph Schmeling-Kludas
- Einrichtung** Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf & Abteilung Psychosomatische Medizin der Segeberger Kliniken
- Projektnr.** 109
- Hintergrund** Die Rückkehr in das Erwerbsleben ist ein zentrales Ziel der Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung. Bislang gibt es nur wenige Studien, die überprüfen, ob es mithilfe von therapeutischen Angeboten zum Themenbereich „Arbeit, Beruf und Rente“ gelingt, die Rückkehrquoten zu verbessern.
- Zielsetzung** Erfassung der Effekte eines Gruppenangebotes zum Thema „Arbeit, Beruf und Rente“ sowie einer ausführlichen „Berufsanamnese“ im Rahmen der medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation.
- Methodik** 129 psychisch erkrankte Patienten, die aufgrund langer Fehlzeiten und eines laufenden oder geplanten Rentenverfahrens ein besonders hohes Risiko für eine nicht erfolgreiche Wiedereingliederung aufweisen, wurden randomisiert dem Standardtreatment oder der Intervention mit den beiden berufsbezogenen Behandlungsangeboten zugeordnet. Hierzu wurden Patienten und Ärzte mit standardisierten Fragebögen zu Beginn und der Rehabilitation befragt.

Fortsetzung auf Seite 7

Fortsetzung von Seite 6

(Projekt Nr. 109 - fortgesetzt)

65 Prozent der Teilnehmer am speziellen berufsbezogenen Behandlungsangebot bewerteten das Angebot der Klinik für berufliche Problemlagen positiv, was auf eine gute Akzeptanz des Angebots schließen lässt. Im Vergleich der Angaben zu Beginn des Klinikaufenthaltes mit denen bei Ende der Behandlung zeigt sich bei den Teilnehmern am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt jedoch keine positivere Veränderung im Erleben der Arbeitssituation als in der Kontrollgruppe und somit keine eindeutige Wirksamkeit.

Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Klinik bereits seit mehreren Jahren stark berufsbezogen arbeitet. Demzufolge kann vermutet werden, dass der Effekt eines zusätzlichen berufsbezogenen Behandlungsangebotes dort geringer ausfallen dürfte als beispielsweise in Kliniken, die noch wenig berufsbezogen arbeiten. Einschränkend ist weiterhin zu berücksichtigen, dass die Pilotstudie aufgrund der begrenzten Ressourcen nur an einer vergleichsweise kleinen Stichprobe von 129 Patienten und ohne katamnestiche Nacherhebung durchgeführt werden konnte, weshalb das tatsächliche Eingliederungsverhalten nach der Entlassung nicht verfolgt werden konnte.

Die Ergebnisse ermutigen dazu, eine Hauptstudie durchzuführen, in der vor allem auch die langfristigen Effekte eines solchen berufsbezogenen Behandlungsangebotes im Sinne des tatsächlichen Wiedereingliederungsverhaltens und der Fehlzeitenentwicklung beobachtet werden sollten. Im Rahmen einer solchen Studie sollten auch Instrumente eingesetzt werden, die eine differentielle Bewertung beider Therapieelemente zulassen.

Vergleichende Evaluation der tagesklinischen und stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger am Suchttherapiezentrum Hamburg

Lucia Krohn, Henry Buhk & Uwe Koch

Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

III

Alkoholabhängigkeit stellt eine der häufigsten psychischen Störungen dar, die in der Regel mit gravierenden körperlichen, psychischen, sozialen und beruflichen Auswirkungen verbunden ist. Für die stationäre Alkoholentwöhnung in Deutschland liegt eine Vielzahl von Evaluationsstudien vor. Obwohl in Deutschland ein im Vergleich zu anderen Ländern hoher Anteil der Alkoholentwöhnungen ambulant durchgeführt wird, besteht in diesem Bereich ein Mangel an wissenschaftlichen Begleituntersuchungen. Noch gravierender ist der Mangel an Studien über teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen. Vor allem prospektive Studien fehlen bislang weitgehend.

Identifizierung relevanter Outcomeparameter und Nachweis kurz- und mittelfristiger Effekte der Behandlung.

Es handelt sich um eine naturalistisch angelegte Fragebogenstudie, die aus zwei Teilstudien besteht: Einem prospektiven Erhebungsteil mit den Messzeitpunkten Reha-Beginn (T1), Reha-Ende (T2) und Sechs-Monats-Katamnese (T3) sowie einem retrospektiven Studienteil, für den zu einem einheitlichen Zeitpunkt (Tr) Fragebögen an ehemalige Rehabilitanden versandt worden sind. Neben der Abstinenzrate als zentralem Erfolgskriterium liegt ein Schwerpunkt auf der Erhebung sozialmedizinischer Daten. Es werden Veränderungen durch die Reha v.a. in den Bereichen Arbeitssituation, soziale Integration sowie psychische und somatische Befindlichkeit erfasst.

Im Rahmen der prospektiven Studie wird von den Respondern zu T3 im Katamnesezeitraum (6,7 Monate, SD=0,72) eine Abstinenzrate von 61,3% in der Tagesklinik und 38,4% in der Fachklinik festgestellt. Von den Respondern der retrospektiv befragten Rehabilitanden sind über den gesamten Katamnesezeitraum (31,5 Monate, SD=13,6) 51,1% der Tages- und 42,7% der Fachklinikpatienten vollständig abstinent.

In der prospektiven Studie zeigen die zu Beginn der Reha erhobenen Daten neben Merkmalen einer geringeren sozialen und beruflichen Integration eine stärker ausgeprägte Alkoholabhängigkeit der Fachklinikpatienten sowie deutlichere inter- und intrapsychische Belastungen und Defizite. Es handelt sich bei den beiden untersuchten Gruppen um Stichproben unterschiedlich belasteter Grundgesamtheiten. Dies entspricht den indikativen Vorgaben der zuweisenden Einrichtungen.



Ergebnisse

Diskussion

Fazit

Projektleiter

Einrichtung

Projektnr.

Hintergrund

Zielsetzung

Methodik

Ergebnisse

Diskussion

Fortsetzung auf Seite 8



Fortsetzung von Seite 7

(Projekt Nr. 111 - fortgesetzt)

Diskussion
(Forts.)

In beiden Gruppen werden positive Veränderungen in relevanten Bereichen durch die Reha erzielt. Dies betrifft u.a. die Verringerung der psychischen Symptombelastungen, die Reduktion des Alkoholkonsums hinsichtlich Menge und Häufigkeit und die Verringerung der Krankheitszeiten. Allerdings differieren die Ergebnisse zwischen den Gruppen. Zum Katamnesezeitpunkt weisen die Fachklinikpatienten in der überwiegenden Anzahl von Merkmalen negativere Merkmale auf, z.B. bezüglich der beruflichen Wiedereingliederungsquote und der Abstinenzrate nach DGSS 3. Im retrospektiven Studienteil sind die Stichproben homogener.

Fazit

Um die Abstinenzrate nach stationärer Rehabilitation zu erhöhen, sollte in der Fachklinik verstärkt Aufmerksamkeit darauf gerichtet werden, frühzeitig solche Patienten zu erkennen, die gefährdet sind, die Reha vorzeitig zu beenden. Weiterhin sollte ein Fokus auf die erwerbslosen Patienten gerichtet werden. Neben der Weiterführung der Reintegrationsmaßnahmen könnte eine intensivere Anbindung an Freizeitangebote sinnvoll für die Abstinenzsicherung sein, da diese insbesondere erwerbslosen Patienten Halt gebende Struktur bieten können. Eine Verbesserung der Vorbereitung auf die Weiterbehandlung sowie eine sichere Überleitung in diese weiterführenden ambulanten Maßnahmen erscheint im Vergleich zu einer Ausweitung der Behandlungsangebote in der Einrichtung selbst Erfolg versprechender. Die untersuchte tagesklinische Behandlung stellt für die Teilgruppe der vergleichsweise stärker sozial und beruflich integrierten Patienten eine erfolgreiche und zudem kostengünstige Behandlung dar. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, in der Versorgungslandschaft in Deutschland zukünftig vorhandene tagesklinische Konzepte stärker zu nutzen und möglichst weitere ganztägig ambulante Rehabilitationsangebote zu implementieren.

Chronische Krankheit im Recht der medizinischen Rehabilitation und der gesetzlichen Krankenversicherung

Projektleiter

Bianca Teichert-Lüßenhop, Felix Welti & Gerhard Igl

Einrichtung

Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Hintergrund

Der Begriff der chronischen Krankheit ist jüngst in verschiedene Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) aufgenommen worden. Allerdings fehlt es bis heute an einer einheitlichen Definition für den Begriff der chronischen Erkrankung. Es fehlt des Weiteren an einer eindeutigen Klarstellung, ob und inwieweit sich das Bestehen einer chronischen Krankheit von einer „einfachen“ Krankheit, wie sie beispielsweise die gesetzliche Krankenversicherung vorsieht, unterscheidet. Auch eine Abgrenzung zum Begriff der Behinderung bzw. zum Begriff der drohenden Behinderung ist bis heute nicht vorgenommen worden.

Zielsetzung

Einheitliche, theoretische Aufarbeitung des Begriffes der chronischen Krankheit unter verschiedenen Gesichtspunkten und Blickwinkeln.

Methodik

Kritische Reflexion des Rechtsbegriffs der chronischen Krankheit in Grundgesetz, SGB und innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen. Rechtliche Betrachtung der medizinischen Rehabilitation im Hinblick auf Bedarfe und Zuständigkeiten.

Ergebnisse
und Fazit

Der Begriff Chronische Krankheit wird im SGB V und SGB IX mehrfach, wenn auch uneinheitlich gebraucht und ist auch im Grundgesetz von Bedeutung, obgleich der Begriff dort nicht explizit genannt wird. Zugleich ist innerhalb des SGB ein uneinheitliches Verständnis von medizinischer Rehabilitation festzustellen, das sich nicht zuletzt darin ausdrückt, dass der Bedeutung von medizinischer Rehabilitation für chronische Krankheiten nicht durchgängig gleichermaßen Rechnung getragen wird. Ein Reha-Verständnis im Sinne der WHO, wonach ein besonderer Schwerpunkt gerade auch auf der Behandlung und Vermeidung von chronischen Krankheiten liegt, spiegelt sich lediglich in § 26 SGB IX explizit wider. Leider ist diese Bedeutung und der darin enthaltene präventive Ansatz noch nicht in das gesamte Sozialgesetzbuch transferiert worden. Trotz dieser Einschränkungen bestehen bei der Versorgung chronisch Kranker auch auf der Grundlage der aktuellen Vorschriften des SGB, z.B. im Rahmen von Disease Management Programmen (DMP), Optionen zur stärkeren Vernetzung von akuter Krankenbehandlung, Prävention und Rehabilitation.

(zusammengestellt von S. Rabung u. R. Deck)

Norddeutscher Verbund für Rehabilitationsforschung e. V.



Der Norddeutsche Verbund für Rehabilitationsforschung NVRF e.V. wurde am 27. September 2005 gegründet. Anlass seiner Gründung war das Auslaufen der sechsjährigen Förderung des gleichnamigen Forschungsverbundes. Der NVRF e.V. versteht sich als Forum für reha-wissenschaftlich Interessierte verschiedener Fachdisziplinen. Er will die interdisziplinäre Rehabilitationsforschung im Norden Deutschlands bündeln, weiterentwickeln und längerfristig absichern. Hierzu gehören der Aufbau von langfristigen Kooperationsbeziehungen zwischen allen an der Rehabilitationsforschung aktiv Beteiligten sowie die Förderung und Vernetzung rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitsgruppen. Der NVRF e.V. ist seit 2007 mit der Eintragung ins Vereinsregister aktiv. Bisher fanden je zwei Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlungen statt.

Mitgliederversammlung am 12. März in Lübeck

Am 12. März fand die zweite Mitgliederversammlung des NVRF e.V. in Lübeck statt. Es waren 15 Mitglieder von insgesamt 21 „natürlichen“ Mitgliedern und zwei „institutionellen“ Mitgliedern zur Versammlung erschienen, so dass die Beschlussfähigkeit der Versammlung gegeben war. Frau Deck berichtete über die Historie des Vereins und Frau Schlademann stellte die Initiativgruppe/das Organisationsteam und ihre Aktivitäten vor (Homepage-Entwicklung, NVRF-Flyer, Beiträge für Ärzteblätter SH, MV, HH, Zeitschrift „Die Rehabilitation“,

Schärfung des NVRF-Profiles, Mitgliederrekutierung). Frau Waldmann präsentierte nachfolgend den Kassenbericht. Anschließend wurde der Vorstand entlastet und es folgten Neuwahlen des Vorstandes. Der Vorstand war Anfang Februar geschlossen zurückgetreten. Dies war einerseits aus persönlichen Gründen notwendig, andererseits wurden die neuen Ziele –insbesondere die Ausrichtung auf Kliniker– durch den bisherigen Vorstand nicht adäquat repräsentiert.

Der neu gewählte Vorstand setzt sich wie folgt zusammen:

Prof. Raspe (Sprecher, Lübeck)

Dr. Deck (Lübeck)

Prof. Kohlmann (Greifswald)

Dr. Arlt (Bad Bramstedt)

Dr. Höder (Bad Bramstedt)

Dr. Kupatz (Bad Doberan)

Dr. Sand (Neustadt)

Dr. Schmidt (St. Peter-Ording)

Da der neu gewählte Vorstand zwei Vorsitzende und sechs stellvertretende Vorstandsmitglieder vorsieht, muss eine Satzungsänderung vorgenommen werden. Diese wird derzeit durch die Initiativgruppe vorbereitet.

Fokus des NVRF

Übergeordnetes Ziel des Vereins ist es, die interdisziplinäre Rehabilitationsforschung im Norden Deutschlands zu bündeln, weiterentwickeln und langfristig abzusichern. Dies soll durch den Aufbau langfristiger Kooperationsbeziehungen mit allen an der Rehabili-

tationsforschung aktiv Beteiligten und durch die Vernetzung rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitsgruppen erfolgen. Fokus der Vereinsarbeit soll der Praxisbezug sein („Forschung von und mit Klinikern“).

Mögliche Wege der Realisierung werden geschaffen durch eine Kontaktplattform „Ideen für Forschung“ auf der Homepage (www.nvrf.de) und durch zu etablierende Arbeitsgruppen (s.u.) sowie durch Fortbildungsveranstaltungen (s.u.).

**Norddeutscher
Verbund für
Rehabilitations-
forschung e. V.**

**...im Norden
aktiv!**

www.nvrf.de

Arbeitsgruppen des NVRF

Auf der Mitgliederversammlung wurde die Bildung der nachfolgend vorgestellten Arbeitsgruppen beschlossen. Sofern Sie an einer Arbeitsgruppe mitwirken wollen, freuen sich die Ansprechpartner über eine Nachricht von Ihnen!

Aufgaben-/Rollenverteilung in der Rehabilitation

Vor dem Hintergrund des letzten Gutachtens des Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen vertritt die Arbeitsgruppe die Hypothese, dass nicht nur in der Akutmedizin, sondern auch in der medizinischen Rehabilitation die Verteilung der anfallenden Aufgaben auf die verschiedenen Berufsgruppen eher traditionellen, "gewachsenen" Vorstellungen entspricht und gemessen an modernen Rehabilitationskonzepten nicht optimal geregelt ist.

Wir wollen folgende Fragen untersuchen:

- Welche inhaltlichen Aufgaben werden von den Leistungsträgern an die Kliniken gestellt? Hierzu werden die einschlägigen Publikationen der RV, GKV, BAR u.a. herangezogen.
- Welche organisatorischen Aufgaben fallen in den Kliniken an? Hierzu werden Mitarbeiter verschiedener Kliniken befragt.
- Auf welche Berufsgruppen sind die festgestellten Aufgaben bisher verteilt? Wie sehr entspricht die bisherige Verteilung den beruflichen Kompetenzen? Welche anderen Verteilungen wären aus der Sicht der Berufsgruppen denkbar und wünschenswert?

Ansprechpartner: Dr. Jürgen Höder, Rheumaklinik Bad Bramstedt GmbH (04192-90 2359, hoeder@r-on-klinik.de)

Leitlinien für die Rehabilitation in der Onkologie

Diese Arbeitsgruppe wird sich mit der bereits vorhandenen Leitlinie der DRV-Bund für die Rehabilitation von Patientinnen mit Brustkrebs, aber auch mit Ideen für die Inhalte möglicher weiterer Leitlinien oder Behandlungsstandards zu anderen onkologischen Indikationen beschäftigen.

Inhalte der Arbeitsgruppe können zum Beispiel sein:

- Erfahrungen mit den Evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM)
- Wie kann eine valide Ergebnisbeurteilung gewährleistet werden? Welche Ergebnisparameter sind relevant? Welche Behandlungsprozesse sollten bei der Ergebnisbeurteilung berücksichtigt werden? Wie kann man sie in die Ergebnisbeurteilung einbeziehen?
- Ideen für sinnvolle Standards bei anderen onkologischen Indikationen in der Rehabilitation (Austausch über bisherige Erfahrungen, beobachtete oder erwartete Effekte auf die Outcomes)

Ein erstes Treffen der Arbeitsgruppe ist für den Spätsommer 2008 geplant.

Ansprechpartner: Rainer Simeit Röpertsbergklinik, Fachklinik für Onkologische Rehabilitation in Ratzeburg (04541-133 412, Rainer.Simeit@rkrz.de) und Dr. Annika Waldmann, Institut für Krebs Epidemiologie e.V. an der Universität zu Lübeck (0451-799 2537, annika.waldmann@krebsregister-sh.de)

**Norddeutscher
 Verbund für
 Rehabilitations-
 forschung e. V.**

**...im Norden
 aktiv!**

www.nvrf.de

Zertifizierung / Qualitätssiegel für die norddeutsche Rehabilitation

Informationen zu dieser Arbeitsgruppe werden Sie in Kürze der NVRF-Homepage entnehmen können.

Ansprechpartner: Dr. Jörg Schmidt: j.schmidt@uglielje.de

Fortsetzung von Seite 10

NVRF
NORDEUTSCHER VERBUND FÜR
REHABILITATIONSFORSCHUNG E.V.

Qualitative Methoden in der Rehabilitationsforschung

Qualitative Forschung erlebte in den letzten zwanzig Jahren eine stetige Ausweitung in verschiedenen Gebieten der Sozial- und Humanwissenschaften. Lange Zeit wurde von einem methodischen Glaubenskrieg qualitativer und quantitativer Forschungsansätze gesprochen. Aktuellere Entwicklungen weisen auf „Friedensbemühungen“ hin. Werden qualitative Methoden auch häufig als „weiche“ Methoden bezeichnet und kritisiert, so wird doch inzwischen von verschiedenen Seiten das Potenzial ihrer Verknüpfung mit quantitativen Forschungsmethoden erkannt (z.B. Pfaff und Kaiser 2006).

Auch in der Rehabilitationsforschung finden zunehmend qualitative Verfahren Anwendung. Exemplarisch genannt seien an dieser Stelle kognitive Interviews in der Fragebogenentwicklung, Fokusgruppen (Gruppendiskussionen) oder Einzelinterviews mit Rehabilitanden zu verschiedenen rehabilitationsbezogenen Fragestellungen. Qualitatives Arbeiten unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von quantitativen Herangehensweisen.

Die Arbeitsgruppe hat zum Ziel

- zur Anwendung qualitativer Verfahren zu ermutigen!
- konkrete Forschungsprojekte vorzustellen, die qualitative Methoden integrieren
- zum Austausch anzuregen, z.B. über mögliche Einsatzfelder, Stärken, Grenzen der Methodik, praktischen Organisation und Durchführung der verschiedenen Verfahren

Im Spätsommer 2008 soll ein erstes Arbeitstreffen stattfinden. Sie können bereits aus eigenen Erfahrungen mit qualitativen Ansätzen berichten oder sind einfach neugierig auf qualitatives Arbeiten? Ich freue mich auf Ihre Ideen und Beiträge!

Ansprechpartnerin: Dr. Susanne Schlademann; Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Lübeck; 0451-799 2519, susanne.schlademann@uk-sh.de)

Rehabilitationsziele

Der gemeinsamen Auseinandersetzung von Arzt und Rehabilitand über die Ziele der Rehabilitation wird eine große Bedeutung für den Erfolg des Rehabilitationsprozesses zugemessen (z. B. im Rahmenkonzept der Rehabilitation der BAR, im Peer-Review-Verfahren und in den Patientenfragebögen der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherungen). Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass sich die Integration der Zielorientierung in die Praxis der medizinischen Rehabilitation bisher an vielen Stellen als schwierig erweist. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass es nicht nur große Unterschiede zwischen patienten- und arztseitigen Zielen gibt, sondern auch, dass die Zielvereinbarung mit den Rehabilitanden, sowie die Verinnerlichung der Ziele durch die Rehabilitanden und das Rehabilitationsteam in der bisherigen Rehabilitationspraxis erschwerten (Rahmen-) Bedingungen unterliegen. Diese Hemmnisse legen es nahe, dass der Punkt „Rehabilitationsziele“ bzw. „Zielorientierung in der Rehabilitation“ immer noch weit oben auf der Tagesordnung von (Rehabilitations-) Forschern und Praktikern stehen sollte.

Die Arbeitsgruppe Rehabilitationsziele/Zielorientierung in der Rehabilitation soll ein Forum für den Austausch über aktuelle Ergebnisse der Forschung, eigene Forschungsansätze und -ergebnisse sowie (Praxis-) Erfahrungen zum Thema Rehabilitationsziele/Zielorientierung in der Rehabilitation bieten. Zusätzlich kann in diesem Rahmen ein Konzept für die Antragstellung eines extern geförderten Forschungsprojekts entwickelt werden.

Das erste Treffen der Arbeitsgruppe hat bereits Anfang Juni 2008 stattgefunden. Interessenten können ein Protokoll des Treffens oder weitere Informationen bei Dipl.-Psych. Nadine Pohontsch anfordern.

Ansprechpartnerin: Nadine Pohontsch, Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Lübeck; 0451-7992 528, nadine.pohontsch@uk-sh.de)

**Norddeutscher
Verbund für
Rehabilitations-
forschung e. V.**

**...im Norden
aktiv!**

www.nvrf.de

Fortsetzung auf Seite 12

Fortbildungsveranstaltungen des NVRF

Im Frühsommer 2009 wird in Greifswald eine erste Fortbildungsveranstaltung des NVRF e.V. zum Thema „Reha-Ökonomie“ stattfinden. Der

Workshop wird für Rehabilitationskliniker und Rehabilitationsinteressierte angeboten. Nähere Angaben zum Inhalt und Umfang der Fortbildung

(Dauer, Fortbildungspunkte) werden in Kürze auf der NVRF-Homepage nachzulesen sein.

Aktuelles

Homepage

Seit November 2007 finden Sie unter www.nvrf.de alle aktuellen Informationen zur Vereinsarbeit des Norddeutschen Verbundes für Rehabilitationsforschung e.V. Über einen Rundbrief zur Homepage werden die Mitglieder fortlaufend auf aktuelle Entwicklungen und neue Optionen der Online-Vereinsarbeit hingewiesen. Mitglieder haben Zugang zu einer vereinsinternen Plattform, deren Kerngedanke in der Vernetzung der Vereinsmitglieder besteht.

Die passwortgeschützte Mitgliederplattform enthält folgende neuen Angebote:

1. Sie können sich neben Forschungsberichten nun auch die Protokolle der Mitgliederversammlungen und den Tätigkeitsbericht 2007 herunterladen.
2. Sie erhalten einen Überblick zu allen bislang angelaufenen Arbeitsgruppen sowie den jeweiligen Ansprechpartnern.

3. Sie erhalten eine aktualisierte Übersicht aller in den NVRF e.V. involvierten Kliniken.

4. Sie können Kooperationspartner für eigene Forschungsprojekte suchen und finden. Dazu wurde eine Ideenbörse geschaffen, die Kliniker mit ähnlichen Forschungsfragen zusammenbringen soll.

Die detaillierten Inhalte der Mitgliederplattform sind passwortgeschützt. Die Zugangsdaten werden zum 01.07.2008 geändert. Das neue Login sowie das neue Passwort für 2008 senden wir den Mitgliedern zeitnah zum Zahlungseingang des Jahresmitgliedsbeitrages zu.

Sollten Sie Fragen bzw. Hinweise zur Homepage haben oder als Vereinsmitglied eigene Beiträge einstellen wollen, können Sie sich gern an Herrn Dr. Höder wenden (Rheumaklinik Bad Bramstedt; 04192-90 2334 (Fax: 04192-90 2378), hoeder@r-on-klinik.de).

Neu angelaufene Projekte

Das Projekt „Rehabilitationsnachsorge – ein neues Credo für Rehabilitationskliniken“ (vgl. Newsletter Nr. 1) hat nach umfangreicher Vorbereitungszeit begonnen. Drei Interventionskliniken haben eine/n Nachsorgebeauftragte/n benannt bzw. eingestellt, die sich im Rahmen einer ½ Stelle der Patientenrekrutierung, der Patientenbetreuung gemäß des neuen Credo und der dreimaligen Befragung widmen. Drei Kontrollkliniken haben Ansprechpartner benannt, die sich der konsekutiven Aufnahme und Befragung der Kontrollpatienten verpflichten. Die Interventionskliniken schließen jeweils mindestens 100 Rehabilitanden in die Studie ein, die Kontrollkliniken jeweils 200 Rehabilitanden. Während der gesamten Projektlaufzeit stehen Interventions- und Kontrollkliniken in engem Kontakt mit dem Institut für Sozialmedizin.

(von S. Schlademann, R. Deck und A. Waldmann)

**Norddeutscher
Verbund für
Rehabilitations-
forschung e. V.**

**...im Norden
aktiv!**

www.nvrf.de

Der NVRF e.V. klingt spannend? Dann machen Sie doch mit!

Der NVRF ist ein Zusammenschluss von und für rehabilitationswissenschaftlich interessierte Personen und Institutionen verschiedener Fachdisziplinen. Wenn die Schwerpunktsetzung des NVRF Sie überzeugt hat und Sie mit uns aktiv werden möchten, können Sie sich unter www.nvrf.de eine Beitrittserklärung herunterladen bzw. die Autoren kontaktieren. Wir freuen uns auf Sie!

Korrespondenzadressen

Dr. Susanne Schlademann, Dr. Ruth Deck
Institut für Sozialmedizin,
Beckergrube 43-47, 23552 Lübeck

Dr. Annika Waldmann
Institut für Krebsepidemiologie e.V.,
Beckergrube 43-47, 23552 Lübeck

Nachsorgeeinrichtungen bei muskulo-skelettalen Erkrankungen nach einer Reha-Maßnahme der DRV Nord



Die 2007 verabschiedeten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Nachsorge in der Rentenversicherung unterstreichen die Notwendigkeit, dass die Nachsorge möglichst schnell nach der Reha-Maßnahme wohnortnah durchgeführt wird.

Bei muskulo-skelettalen Erkrankungen gehört das Funktionstraining zu den Nachsorgeleistungen, die schon lange durch die Reha-Einrichtungen verordnet werden können. Es ist der Verdienst der regionalen Rheuma-Ligen, ein dichtes Netz an Trainingsgruppen eingerichtet zu haben. Leider zeigten eigene Auswertungen (2000) zu Empfehlungen und Inanspruchnahme von Funkti-

onstraining bei Versicherten der Landesversicherungsanstalt (LVA) Schleswig-Holstein nach einer Reha-Maßnahme, dass Funktionstraining selten empfohlen (3 % der orthopädischen Maßnahmen) und nur in 25% der Empfehlungen durchgeführt wird. Vertreter der Rheuma-Liga äußerten damals die Vermutung, dass insbesondere bei jungen erwerbstätigen Männern die Akzeptanz für diese sportliche Aktivität gering ist.

Diese Beobachtung veranlasste die LVA Schleswig-Holstein eine andere, besser akzeptierte Trainingstherapie - die sog. Medizinische Trainingstherapie (MTT) oder Muskelaufbautraining (MAT) - anzubieten, die

selbst in der Reha sehr häufig verordnet wird und anschließend problemlos wohnortnah durchgeführt werden kann. Sie führte zum 01.01.2005 das bereits lange erprobte MTT/MAT-Nachsorgeprogramm der LVAen Hannover und Oldenburg-Bremen ein. Zum 01.07.2007 konnte MTT/MAT den Versicherten der DRV Nord in Mecklenburg-Vorpommern ebenfalls angeboten werden (vgl. Glaser-Möller, vffr-news Heft 01).

Seit dem 01.01.2008 bietet die DRV Nord sowohl MTT/MAT als auch das Programm der intensivierten Nachsorge (IRENA) der DRV Bund in den drei Bundesländern ihres Zuständigkeitsbereichs an.

Zugelassene Nachsorgeeinrichtungen

Die Rentenversicherung legt großen Wert auf die Qualität der Nachsorgeanbieter. Ihre Nachsorgeleistungen dürfen nur in ausgewählten geprüften Einrichtungen durchgeführt werden.

Während die DRV Nord für die Nachsorgeform nach dem Modell IRENA nur Reha-Einrichtungen zulässt, die sie für Reha-Maßnahmen in derselben Indikation wie die Nachsorgeindikation belegt, kommen für MTT/MAT eine Vielfalt von Einrichtungen in Frage. Dazu zählen in erster Linie Reha-Einrichtungen, die MTT/MAT selbst anbieten und von der DRV Nord - egal für welche Indikation - belegt werden. Darüber hinaus werden auch ehemalige EAP-Einrichtungen, Rehabilitationsabteilungen von Akutkrankenhäusern und physiotherapeutische Praxen für MTT/MAT zugelassen, unter der Voraussetzung, dass folgende Qualitätskriterien erfüllt werden:

- Qualifikation des/der Trainers/in: MTT/MAT muss von qualifizierten Therapeuten/innen (Krankengymnasten/innen, Physiotherapeuten/innen oder Diplomsporthelehrer/innen der Fachrichtung Rehabilitation / Prävention) durchgeführt werden. Die Zusatzqualifikation von MTT ist erforderlich. Bei physiotherapeutischen Praxen ist die Zulassung durch die gesetzliche Krankenversicherung für Geräte-gestützte Krankengymnastik ein wichtiges Qualitätsmerkmal.
- Geräteausstattung: Erforderlich sind insgesamt mindestens acht Geräte (ohne Hanteln und Matten), davon fünf mit differierendem Therapieansatz:
 - Laufband/Stepper/Ergometer, möglichst mit Herzfrequenzmessung
 - Seilzug oder ähnlicher Zugapparat, ggf. Hanteln
 - Mindestens zwei medizinische Geräte für Übungen an den Extremitäten und am Rumpf.
- Platz/Raum: Ein gleichzeitiges Training von bis zu 10 Teilnehmern/innen muss unter permanenter Anleitung/Überwachung innerhalb eines Raums möglich sein. Duschen und Umkleieräume mit abschließbaren Fächern sollen vorhanden sein.
- Lange Öffnungszeiten.
- Angebote für Selbstzahler (für die Zeit nach der Nachsorge der DRV Nord).

Abb. 1 und 2 zeigen, an welchen Orten in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern MTT/MAT und die intensive Nachsorge nach dem Modell IRENA angeboten werden.



Deutsche
Rentenversicherung

Nord

Fortsetzung von Seite 14

Die Karte von Schleswig-Holstein zeigt deutlich, dass es der DRV Nord gelungen ist, innerhalb von drei Jahren ein dichtes Netz von qualifizierten MTT/MAT-Anbietern in Schleswig-Holstein aufzubauen.

Wir gehen davon aus, dass sich künftig eine ähnliche Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern abzeichnen wird

und dass in den nächsten Jahren dort ebenfalls ein dichtes Angebot bereitgestellt wird.

Für die intensivierte Nachsorge, die nur an bestimmten Reha-Einrichtungen angeboten werden kann, müssen teilweise erhebliche Entfernungen vom Wohnort in Kauf genommen werden. Bei vielen Versicherten ist der Aufwand nicht mehr zumutbar, um die Nach-

sorgeeinrichtung zu erreichen. Daher sollte nach Alternativen gesucht werden. Dazu zählen möglicherweise innovative Nachsorgeangebote über (Mobil-)Telefon oder Internet und/oder ein geschicktes Kombinieren von MTT/MAT mit Präventivangeboten der Krankenversicherung.

(von N. Glaser-Möller)

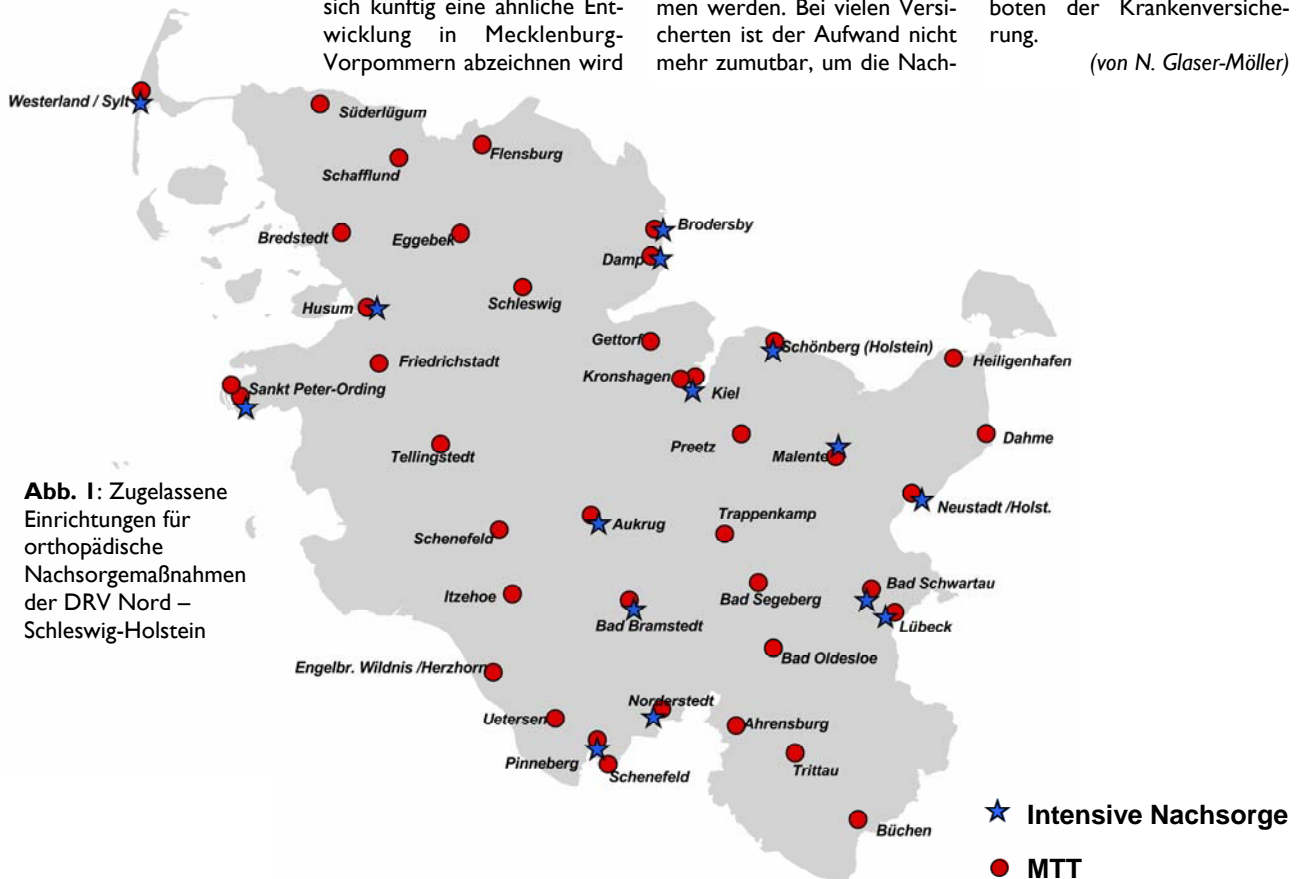
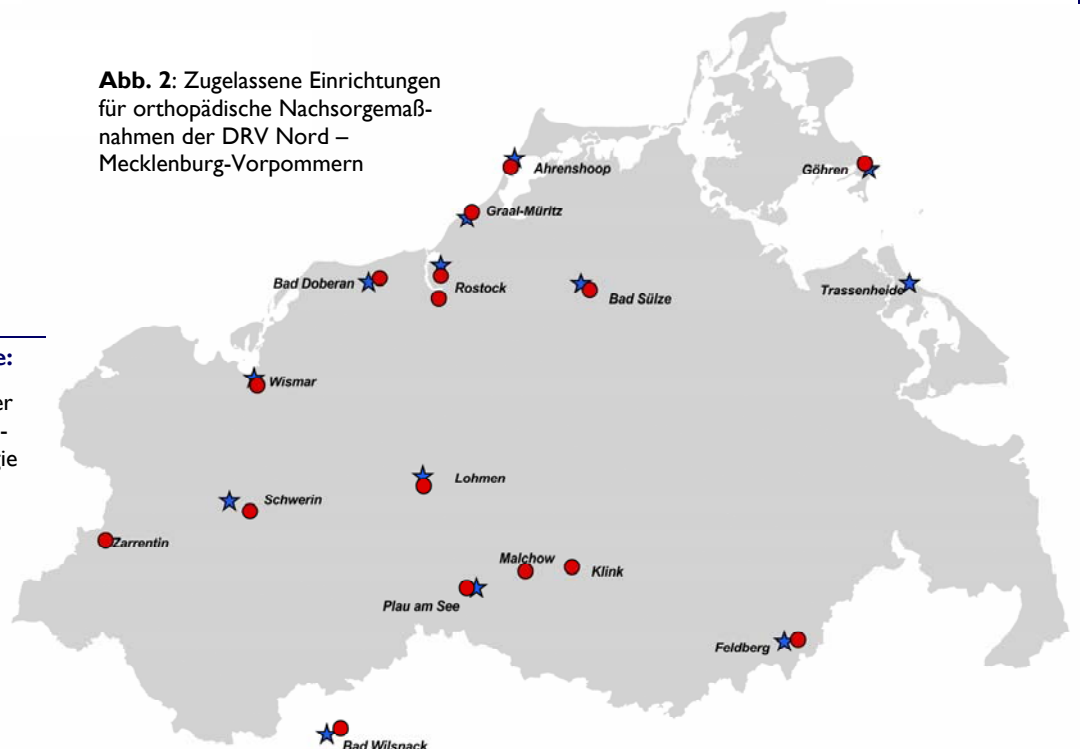


Abb. 1: Zugelassene Einrichtungen für orthopädische Nachsorgemaßnahmen der DRV Nord – Schleswig-Holstein

Abb. 2: Zugelassene Einrichtungen für orthopädische Nachsorgemaßnahmen der DRV Nord – Mecklenburg-Vorpommern



Korrespondenzadresse:

Dr. Nathalie Glaser-Möller
Deutsche Rentenversicherung
Nord - Reha-Strategie
Ziegelstraße 150
23556 Lübeck
Tel.: 0451 485-1640,
Mail: nathalie.glaser-moeller@drv-nord.de

AKASH: Evaluation kurz- und mittelfristiger Effekte einer Akupunkturbehandlung bei Kindern mit Asthma

Scheewe S¹, Vogt L², Welle S¹, Banzer W², Stachow R¹

¹ Fachklinik Sylt, Steinmannstrasse 52-54, 25980 Westerland

² Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Sportwissenschaften, Sportmedizin (Evaluationszentrum), Ginnheimer Landstrasse 39, 60487 Frankfurt



In der Fachklinik Sylt wurden im Zeitraum 2005-2007 160 Patienten rekrutiert, von denen die eine Hälfte eine Körperakupunktur nach Chinesischer Medizin (CM) bekam und die andere Hälfte nicht akupunktiert wurde. Die 12-17 jährigen wurden durch ein randomisiertes Verfahren der Verumgruppe (akupunktiert) bzw. Vergleichsgruppe (nicht akupunktiert) zugeordnet. Ausschlusskriterien waren u.a. akute Exacerbation zu Beginn der Studie bzw. vorhergehende Akupunktur oder der explizite Wunsch, in eine vom Patienten bestimmte Gruppe eingeordnet zu werden.

Idee zur Studie

60% aller Asthmakinder behalten ihr Asthma bis ins Erwachsenenalter. Die Therapiemitarbeit ist trotz nebenwirkungsarmer und einfach zu handhabender Medikation und trotz gut etablierter Schulungsmaßnahmen schlecht. Nur 30% behandeln ihr Asthma stadiengerecht, d.h. 70% haben häufig oder immer Asthmasymptome und Lungenfunktionsveränderungen, die zur Chronizität neigen.

Vor diesem Hintergrund erschien die Evaluation eines traditionellen Naturheilverfahrens, der Akupunktur, interessant, da nichtmedikamentöse Verfahren in der europäischen Bevölkerung gut akzeptiert sind und möglicherweise zur Asthmakontrolle beitragen könnten. Interessant war auch die Möglichkeit, dies während eines stationären Reha-Aufenthalts für Asthma durchzuführen, da hier die Kontrolle über die medikamentöse

Asthmatherapie weit über 30% liegen würde, da die Medikation von professionellem Personal überwacht wird. Bislang lagen jedoch nur Wirksamkeitsbeweise der Akupunktur über größere Kollektive von erwachsenen Asthmapatienten vor. Die bei Kindern durchgeführten Asthmastudien bezogen sich auf Anstrengungsasthma und waren zum größten Teil keine randomisierten Studien.

Methoden

Zur Überprüfung waren Lungenfunktionsmessungen in Ruhe und unter Belastung, Asthmatagebücher mittels subjektiver Beobachtung und Peakflow sowie Fragebögen zur Lebensqualität (Juniper) und Angst (STAIC) im Einsatz.

Die LQ-Fragebögen bezogen Aktivität, Emotion und Symptome mit ein. Der STAIC überprüfte asthmabezogene und allgemeine Angst. Die Messzeitpunkte waren vor (T0) und nach Reha (T1), weitere Befragungsdaten werden

noch nach 4 Monaten und 1 Jahr erwartet. In diesem Bericht geht es um die Ergebnisse von T0 und T1. Die Akupunktur wurde 12 mal in 4 Wochen durchgeführt.



Fortsetzung von Seite 15

Ergebnisse

Daten von 43 Verum- und 42 Vergleichspatienten wurden bisher ausgewertet. Die akupunkturierten Patienten zeigten in der Auswertung ihres Asthmatagebuches (Wochenbogen mit Peakflow und Symptombeschreibung) in der letzten Woche des 4wöchigen Auf-

enthaltes signifikant weniger morgendliche Atemnot als die Vergleichsgruppe ($p < 0,5$). Die Peakflowvariabilität war zu Rehaende signifikant zurückgegangen ($p < 0,5$), jedoch gruppenübergreifend. Der Angst-Fragebogen und der Lebensqualitätsfragebogen zeigen

Verbesserungen im Rehaerlauf, jedoch ebenfalls gruppenunabhängig.

Die Verumpatienten mit Asthmaschweregrad drei und vier haben zu 61 %, die Vergleichspatienten zu 5 % eine Verbesserung des FEV1 um mindestens 5 % nach Laufbelastung.

Diskussion

Die beobachtete Verbesserung der belastungsabhängigen Obstruktion in der akupunkturierten Gruppe und die signifikant niedrigere Rate an morgendlicher Atemnot im Vergleich zur Kontrollgruppe lässt sich nicht korrelieren zur Lebensqualitätsverbesserung und Angst, die in beiden Gruppen eine Verbesserung

erfahren. Zu diskutieren ist, ob eine deutlich konsequentere medikamentöse Therapie kombiniert mit nicht medikamentösen Verfahren in der stationären Kinderrehabilitation zu einer gruppenübergreifenden Verbesserung des Allgemeinbefindens geführt haben und die Akupunktur ein gezielt einzusetzendes Verfah-

ren im Bereich der schweren Asthmaformen sein kann, um langfristig Therapiemitarbeit zu stärken und Asthmakontrolle zu erzielen. Die Nachhaltigkeit der jetzt gesehenen Verbesserungen wird in dem Follow-up nach 4 Monaten und nach 1 Jahr zu evaluieren sein.

Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegenden Daten der Akupunkturstudie bei Asthma-kindern zeigt für die mittelschweren und schweren Asthmaformen eine signifikante Reduzierung morgendlicher Atemnot bei der akupunkturierten Gruppe und eine signifikante Verbesserung des FEV1 Variabilität nach Laufbelastung

im Sinne einer reduzierten bronchialen Hyperreagibilität nach Akupunktur. Bei den leichteren Asthmaschweregraden ist der Unterschied ebenfalls sichtbar, jedoch hier nicht signifikant.

Eine Verbesserung der Lebensqualitätsdaten nach stationärer Reha wird gruppenüber-

greifend sichtbar und zeigt erneut die Sinnhaftigkeit stationärer Rehamaßnahmen beim kindlichen Asthma.

Die Nachhaltigkeit der Effekte der Akupunktur werden jetzt in weiteren Auswertungen der T2 und T3 Daten erfolgen.

Literatur

Scheewe S, Vogt L, Eichmann D, Welle S, Stachow R, Banzer W. Akupunktur bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale – eine randomisierte, kontrollierte Wirksamkeitsstudie (AKASH-Akupunktur-Kinder – Asthma-Sylt-Hessen) 2008 Klinische Pädiatrie, 785 (im Druck)

Symposium der AG Recht und Politik in der DGRW am 08. und 09.09.2008 in Halle (Saale)

Am 8. und 9. September 2008 wird das Symposium der "AG Recht und Politik" in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften "Die Wirkung des SGB IX auf die Rehabilitation in Deutschland" in Halle an der Saale - Martin-Luther-Universität stattfinden. Mit dem SGB IX ist 2001 ein Gesetz geschaffen worden, das eine einheitliche, kooperative und präventive Behindertenpolitik reguliert, die vom Prinzip der Teilhabe geleitet wird. Nach sieben Jahren ist es Zeit, eine Bilanz zu ziehen, ob und inwieweit diese Ziele realisiert worden sind.

**„Wirkung des
SGB IX auf die
Rehabilitation“**

Beste Grüße und auf Wiedersehen in Halle

Für die AG Recht und Politik in der DGRW
Wolfgang Heine, Wolfhard Kohte, Andreas Weber, Felix Welti

Aus dem Programm:

- Das SGB IX - seine Umsetzung und Wirkung, Rechtssoziologische Grundlagen
- Gesundheitsgerechte Arbeitswelt - fördernde und hemmende Bedingungen
- Rezeption des SGB IX in der sozialgerichtlichen Praxis/in der arbeitsgerichtlichen Praxis
- Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention auf das deutsche Recht
- Kooperative Leistungserbringung am Beispiel der Stufenweisen Wiedereingliederung
- Kooperation von Leistungsträgern und Leistungserbringern
- Bedeutung der Barrierefreiheit für die Rehabilitation
- Rehabilitation und Pflege
- Berufliche Kooperation im Fokus des SGB II
- Rehabilitation und betriebliche Teilhabe
- Teilhabesicherung durch persönliches Budget und in der Eingliederungshilfe
- Anforderungen an die Rehabilitationsforschung - praktische und sozialpolitische Konsequenzen

Weitere Informationen im Internet unter: www.dgrw-online.de

44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) am 17. und 18.09.2008 in Hannover

Die diesjährige Jahrestagung der DGSMP steht unter dem Schwerpunkt „Versorgungspraxis – Versorgungsforschung – Gesundheitspolitik“. Unter Einbindung von Leistungserbringern, Kostenträgern sowie politischen Entscheidungsträgern werden aktuelle Themen aufgegriffen und gemeinsam mit der Wissenschaft analysiert und diskutiert. Workshops widmen sich z.B. vulnerablen Bevölkerungsgruppen in der gesundheitlichen Versorgung und ihrer Erreichbarkeit, der Kompetenzentwicklung von Patienten und Professionellen, dem gesunden Altern sowie der Versorgung im Alter einschließlich spezifischer Fragen der präventiven, kurativen, pflegerischen Versorgung im ambulanten wie stationären Bereich.

**„Versorgungspraxis -
Versorgungsforschung
- Gesundheitspolitik“**

In die Jahrestagung ist ein gemeinsames Symposium der DGSMP und DGPH (Deutsche Gesellschaft für Public Health) zu "Privates Kapital und staatliche Steuerung im Gesundheitswesen" am Donnerstag, den 18. September 2008, anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Dr. Schwartz integriert. Hinzu kommt die ganztägige "ICF-Anwenderkonferenz" am Freitag, den 19. September, unter Federführung des MDK Niedersachsen.

Wir freuen uns, Sie auf der 44. Jahrestagung der DGSMP in Hannover begrüßen zu können!

Prof. Dr. phil.
Ulla Walter

Prof. Dr. med.
Friedrich Wilhelm Schwartz

Prof. Dr. med.
Bernt-Peter Robra, MPH

Weitere Informationen im Internet unter: <http://dgsmp2008.mh-hannover.de/>

Literaturempfehlung



Jürgen Bengel, Markus Wirtz,
Christian Zwingmann (Hg.)

Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation

Reihe: Diagnostik für Klinik und Praxis - Bd. 5,
390 S., Hogrefe-Verlag, Göttingen 2008,
ISBN 978-3-8017-2095-7, 59,95 Euro.
Erschienen im Frühjahr 2008.

Der Band bietet eine umfassende Sammlung diagnostischer Verfahren im Bereich der Rehabilitation. Es werden sowohl krankheitsübergreifende Verfahren, als auch Verfahren für ausgewählte Indikationsgebiete dargestellt. Nach einer Einführung, die einen systematischen Überblick über den Stellenwert psychologischer Diagnostik in der Rehabilitation liefert, wird in einem Beitrag auf die „International Classification of Functioning“ (ICF) eingegangen. Anschließend beschreibt der erste Teil des Bandes krankheitsübergreifende Verfahren, die u.a. folgende Bereiche umfassen: „Lebensqualität und Funktionszustand“, „Gesundheitsökonomisch orientiertes Assessment von Lebensqualität“, „Soziale Unterstützung“, „Rehabilitations- und Behandlungszufriedenheit“.

Im zweiten Teil werden ausgewählte Verfahren für die Indikationsgebiete Dermatologie, Diabetes, Gastroenterologie, Kardiologie, Onkologie, Orthopädie, Rheumatologie und Pneumologie vorgestellt. Verfahren, die im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung zum Einsatz kommen können, runden den Band ab. Die Einheitlichkeit der Verfahrensbeschreibungen ermöglicht einen schnellen Zugang zu den wichtigsten Informationen. Angaben zum Anwendungsbereich und technischen Aspekten, wie etwa Bearbeitungszeit und Auswertungsmethodik, liefern wichtige Hinweise zum praktischen Einsatz der Verfahren.



Ruth Deck, Nathalie Glaser-Möller,
Thomas Remé (Hg.)

Rehabilitation und Wiedereingliederung - Der Rehabilitand im Mittelpunkt

151 S., Jacobs-Verlag, Lage 2008,
ISBN 978-3-89918-171-5, 19,90 Euro
Erschienen im Frühjahr 2008

Patientenbeteiligung findet in der gesundheitspolitischen Diskussion - insbesondere bei der Versorgung chronisch kranker Patienten - zunehmend Beachtung. Unter dem Begriff des „Shared Decision Making“ wird die gleichberechtigte Interaktion und Entscheidungsfindung von Patient und Arzt diskutiert.

Die gemeinsame Entscheidungsfindung hat verschiedene Vorteile: Zum einen hat sich in den vergangenen Jahren nicht nur das System der Rehabilitation weiterentwickelt, sondern auch der Rehabilitand. Die Rollenerwartungen von Patienten haben sich gewandelt: Patienten wollen informiert werden, bei Therapieangeboten mitdenken und mitentscheiden. Und nicht zuletzt zeigen empirische Befunde eine verbesserte Akzeptanz der Behandlung, größere Compliance, höhere Patientenzufriedenheit und zum Teil größere Behandlungseffekte.

In dem Buch werden Modelle der aktiven Einbindung der Patienten in den Rehabilitationsprozess und in die Reha-Nachsorge sowie ihre aktive Rolle bei der beruflichen Wiedereingliederung vorgestellt und diskutiert.

Das Buch stellt neue alternative Modelle der rehabilitativen Interaktion dar und diskutiert vorliegende Erfahrungen. Es richtet sich an Reha-Wissenschaftler, interessierte Reha- und Akutkliniken, Mitarbeiter von Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, Kostenträger, Gesundheitsbehörden, Betriebs- und niedergelassene Ärzte.

Termine 2008/2. Hj.

- 01.07.2008 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.
„Bevölkerungsbezogene Bedarfsanalyse bei Hüft- und Kniegelenksarthrose und psychische Komorbidität“. Ort: Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Info: Dr. Sven Rabung, Tel. 040/42803-8138, Mail: srabung@uke.de. Zeit: 15:30-17.00 Uhr
- 15.07.2008 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.
„Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Akut-Behandlung und Rehabilitation nach Herzinfarkt“. Ort: Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Info: Dr. Sven Rabung, Tel. 040/42803-8138, Mail: srabung@uke.de. Zeit: 15:30-17.00 Uhr
- 08.-09.09.2008 **Symposion der AG Recht und Politik in der DGRW** in Halle (Saale).
„Die Wirkung des SGB IX auf die Rehabilitation in Deutschland“. Ort: Martin-Luther-Universität Halle (Saale), Universitätsplatz, Melanchthonium Juristischer Bereich, 06108 Halle (Saale). Info: Prof. Dr. W. Kohte, Mail: kohte@jura.uni-halle.de oder Tel. 0345/5523105, 0345/5523137
- 09.09.2008 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern** in Waren/Müritz.
„Versorgungsforschung - Rehabilitation - Weiterbildung“. Ort: Fachklinik Waren, Auf dem Nesselberg 5, 17192 Waren/Müritz. Info: Dipl. Soz. Jörn Moock (Institut für Community Medicine, Universität Greifswald), Tel. 03834/86-7762, Mail: joern.moock@uni-greifswald.de.
- 10.09.2008 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
„Expansion vs. Kompression der Morbidität“. Info: Claudia Kapahnke (Deutsche Rentenversicherung Nord, Reha-Strategie), Tel. 0451/485-1641, Mail: claudia.kapahnke@drv-nord.de. Ort: DRV Nord, Ziegelstr. 150. Zeit: 16.15-17.45 Uhr
- 11.09.2008 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.
„Flexibilisierung in der Reha“. Ort: im Seminarraum des Schwesternwohnheims des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160. Zeit: 16:15-17.45 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/799-2513, Mail: ruth.deck@uk-sh.de
- 17.09.2008 **4. Malchower Rehabilitationsforum** in Malchow.
„Gesundheitsfond und seine Auswirkungen“. Ort: Klinik Malchower See, August-Bebel-Str. 27, 17213 Malchow. Info: Thomas Scholz, Mail: tscholz@reha-malchow.de, Tel. 039932/15413.
- 17.-19.09.2008 **44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V (DGSMP)** in Hannover.
„Versorgungspraxis - Versorgungsforschung - Gesundheitspolitik“. Ort: Medizinische Hochschule Hannover. Info: <http://dgsmp2008.mh-hannover.de/>
- 24.-27.09.2008 **Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Med. Psychologie (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Med. Soziologie (DGMS)** in Jena.
„Psychosoziale Aspekte körperlicher Krankheiten“. Info: www.dgmp-online.de/jena2008/
- 24.-27.09.2008 **3. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie** in Bielefeld.
„Epidemiologie in Wissenschaft und Öffentlichkeit“. Ort: Ravensberger Park Bielefeld, Ravensberger Park 6, 33607 Bielefeld. Info: www.dgepi2008.de
- 09.-11.10.2008 **2. Summerschool der AG Methoden der DGRW** in Freiburg.
„Methodische Grundlagen der Rehabilitationsforschung“. Info unter: www.dgrw-online.de
- 16.-18.10.2008 **Deutscher Kongress für Versorgungsforschung** in Köln.
„Innovationstransfer: Von der Forschung zum Patienten“. Ort: Maternushaus, Tagungszentrum des Erzbistums Köln, Kardinal-Frings-Str. 1-3, 50668 Köln. Info: www.dkvf2008.de
- 19.11.2008 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
„Auswirkungen der Einführung der DRG auf die medizinische Rehabilitation“. Info: Claudia Kapahnke (Deutsche Rentenversicherung Nord, Reha-Strategie), Tel. 0451/485-1641, Mail: claudia.kapahnke@drv-nord.de. Ort: DRV Nord, Ziegelstr. 150. Zeit: 16.15-17.45 Uhr
- 27.11.2008 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.
„10 (15) Jahre AK Reha: Rückblick – Vorausschau“. Ort: im Seminarraum des Schwesternwohnheims des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160. Zeit: 16:15-17.45 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/799-2513, Mail: ruth.deck@uk-sh.de
- 09.12.2008 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern** in Kühlungsborn.
„Leitlinien in der Rehabilitation“. Ort: Ostseeklinik Kühlungsborn, Waldstr. 51, 18225 Kühlungsborn. Info: Dipl. Soz. Jörn Moock (Institut für Community Medicine, Universität Greifswald), Tel. 03834/86-7762, Mail: joern.moock@uni-greifswald.de

VEREIN ZUR FÖRDERUNG
DER REHABILITATIONS-
FORSCHUNG IN
HAMBURG,
MECKLENBURG-
VORPOMMERN UND
SCHLESWIG-HOLSTEIN
E.V.

Anschrift:

Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstr. 150, 23566 Lübeck

Geschäftsstelle:

Dr. Nathalie Glaser-Möller
Telefon: 0451/485-1640
Fax: 0451/485-191640
E-Mail: nathalie.glaser-
moeller@drv-nord.de

Wissenschaftliches

Sekretariat:

Dr. Ruth Deck
Institut für Sozialmedizin
Medizinische Universität Lübeck
Beckergrube 43-47,
23552 Lübeck
Telefon: 0451/799-2513
Fax: 0451/799-2522
E-Mail: ruth.deck@uk-sh.de

Methodenzentrum

Mecklenburg-Vorpommern:

Dipl.-Soz. Jörn Moock
Abteilung Methoden der
Community Medicine
Universität Greifswald
Walter Rathenau Str. 48,
17487 Greifswald
Telefon: 03834/86-7762
Fax: 03834/86-7766
E-Mail: joern.moock@uni-
greifswald.de

Methodenzentrum

Hamburg:

Dr. Sven Rabung
Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf
Martinistr. 52, Haus S35,
20246 Hamburg
Telefon: 040/42803-8138
Fax: 040/42803-4940
E-Mail: srabung@uke.uni-
hamburg.de

Sie finden uns auch im Web:
www.reha-vffr.de



IMPRESSUM

Herausgeber:

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

Bearbeitung:

Sven Rabung, Jörn Moock, Ruth Deck, Nathalie Glaser-Möller

Erscheinungsweise:

„vffr-news“, das Mitteilungsblatt des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein, erscheint in der Regel zweimal jährlich.

Die nächste Ausgabe der „vffr-news“ erscheint voraussichtlich im Dezember 2008.

Bisher erschienene Ausgaben der „vffr-news“ können jeweils kostenlos über die vffr-Homepage (www.reha-vffr.de) bezogen werden.

Redaktion:

Dr. Sven Rabung
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistr. 52, Haus S35, 20246 Hamburg
Telefon: 040/42803-8138
Fax: 040/42803-4940
E-Mail: srabung@uke.uni-hamburg.de

ISSN 1866-5683 (Printausgabe)

ISSN 1866-5691 (Internetausgabe)