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

# vffr-news

01/2009 Nr. 04, Juni 2009

**Die Inhalte:**

- Mitteilungen des vffr
- Informationen aus dem NVRF
- Informationen der Förderer
- Beiträge aus der Praxis
- uvm.

**In dieser Ausgabe:**


| | |
|---|---|
| *vffr*-news, die vierte | 1 |
| Neues aus dem *vffr* | 2 |
| NVRF-News | 8 |
| Die BGW stellt sich vor | 11 |
| Gesundheitsförderung in Betrieben | 15 |
| Gesundheit am Arbeitsplatz (GESA) | 18 |
| Messung von Patientenpräferenzen | 19 |
| Veranstaltungen, Neuerscheinungen & mehr | 21 |
| Impressum | 28 |


## "*vffr*-news" - vier gewinnt!

Liebe Leserinnen und Leser,

in der vorliegenden vierten Ausgabe der *vffr*-news, des Mitteilungsblatts des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (*vffr*), haben wir Ihnen in bewährter Art und Weise breit gefächerte Informationen zu aktuellen Reha- bzw. Rehaforschungs-relevanten Entwicklungen, insbesondere aus dem norddeutschen Raum, zusammengestellt.

Wie gewohnt beginnen wir mit Informationen aus dem *vffr*, wo wir Ihnen - neben einem kurzen Rückblick auf 2008 und einem Ausblick auf 2009 - insbesondere die neuen Mitglieder im *vffr*-Vorstand sowie die im vergangenen Jahr abgeschlossenen *vffr*-geförderten Forschungsprojekte vorstellen wollen.

Einen weiteren festen Bestandteil der *vffr*-news stellen daneben natürlich auch wieder die Seiten des Norddeutschen Verbunds für Rehabilitationsforschung e.V. (NVRF) dar, in denen diesmal neben aktuellen Informationen aus der Verbundsarbeit mit der ausführlicheren Darstellung einzelner NVRF-Arbeitsgruppen begonnen wird.

Besonders freuen wir uns darüber, dass der zweitgrößte Förderer des *vffr,* die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), in der aktuellen Ausgabe der *vffr*-news erstmals einen eigenen Beitrag veröffentlicht, in dem sie sich mit ihren Leistungen, insbesondere im Bereich der Rehabilitation, ausführlich vorstellt.

In einem Beitrag von Karl-Heinz Köpke wird daraufhin eine von der DRV Nord geförderte Studie vorgestellt, die sich mit (theoretischen) Möglichkeiten und (praktischen) Grenzen der Umsetzung von Gesundheitszielen in Betrieben befasst hat.

Daran thematisch anknüpfend stellt Bettina Küpper mit GESA („Gesundheit am Arbeitsplatz“) eine aktuelle Initiative des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein vor, die explizit darauf ausgerichtet ist, die betriebliche Gesundheitsförderung durch gezielte Vernetzung von Betrieben und Behörden zu optimieren.

In einem weiteren Beitrag in der Rubrik „Impulse aus der Praxis“ gibt Jörn Moock einen Einblick in die Möglichkeiten der Messung von Patientenpräferenzen mittels Discrete-Choice-Verfahren – einer Methode, die außerhalb der Rehabilitationsforschung, insbesondere in den Wirtschaftswissenschaften, bereits weit verbreitet ist.

Abgerundet werden die *vffr*-news wieder durch eine Auswahl an Tagungsankündigungen, Literaturhinweise und einen aktuellen Veranstaltungskalender. Dabei sei an dieser Stelle insbesondere auf das in diesem Jahr zum fünften Mal stattfindende Reha-Symposium des *vffr* hingewiesen, zu dem wir Sie herzlich einladen wollen.

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 2009!

Dr. Sven Rabung
Redaktion *vffr*-news

# Neues aus dem *vffr*

Im Rahmen der Vorstandssitzung und Mitgliederversammlung des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (*vffr*) am 17. März 2009 in Lübeck konnte ein positives Fazit zum zurückliegenden Jahr 2008 gezogen werden.
In 2008 konnten fünf vom vffr geförderte Forschungsprojekte abgeschlossen (siehe unten) und sechs neu beantragte Projekte bewilligt werden. Daneben wurde für mehrere Antragsskizzen nach positiver Beratung durch den Vorstand die Ausarbeitung eines Vollantrages empfohlen. Wie in jedem Jahr mussten allerdings auch einige Anträge abgelehnt werden, wobei zum Teil die Möglichkeit einer Neueinreichung nach Überarbeitung in Aussicht gestellt werden konnte. Für 2009 hoffen wir auf einen noch regeren Eingang von Forschungsanträgen und möchten Sie auf diesem Wege dazu ermutigen, Ihre Forschungsideen mit uns zu diskutieren und ggf. einen Antrag auf Förderung beim *vffr* einzureichen.
Die Mitgliederzahl des *vffr* ist in 2008 gegenüber dem Vorjahr um 3 gestiegen. Als Nachfolger für die ausgeschiedenen Vorstandsmitglieder Herrn Katzer und Herrn Prof. Koch, denen an dieser Stelle herzlich für Ihre Vorstandsarbeit gedankt sei, wurden Herr Hermes und Prof. Härter gewählt, welche unten ausführlicher vorgestellt werden.
Wie zuletzt im Jahre 2007 wird im Herbst dieses Jahres wieder ein *vffr*-Symposium stattfinden (Thema: Brücken bauen! Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation: Probleme und Lösungen; nähere Informationen in den Veranstaltungshinweisen).

## Vorstellung neuer Vorstandsmitglieder

### Ralf Hermes

Jahrgang 1961, Vorstandsvorsitzender des IKK-Landesverbandes Nord und Vorstand der IKK Nord, Vorsitzender des Hochschulrates der Hochschule Neubrandenburg; 1992 und 1993 vom AOK-System abgeordneter Referent für Gesundheitspolitik der SPD-Bundestagsfraktion und in dieser Funktion Mitwirkung bei Gesetzesinitiativen, der Erarbeitung/Konsensfindung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG – u.a. Kassenwahlfreiheit/Wettbewerb, Risikostrukturausgleich, leistungsorientiertes Entgeltsystem im Krankenhausbereich, Positivliste, Einführung sektoraler Vergütungsobergrenzen als Übergangslösung zu selbststeuernden Vergütungssystemen), ab 1994 Hauptabteilungsleiter im IKK-Bundesverband (verantwortlich für die Leitung und Steuerung der Hauptabteilung Vertragspolitik, Versicherungswesen / Leistungspolitik, Gesundheitsmanagement / Gesundheitsförderung), ab 1996 hauptamtlicher Vorstand. Seine langjährigen Erfahrungen - beispielsweise im Gesundheitsmanagement - konnte Herr Hermes bei der IKK Nord einspeisen und umsetzen. So entstanden in enger Zusammenarbeit mit der Spitze der Selbstverwaltung der IKK Nord ab 1996 mehrere Projekte mit einer Schnittstelle zum Reha-Bereich (Handwerkerintensivkur, das Modellvorhaben „Gesundheitswoche im Handwerk“ und das Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement in Schleswig-Holstein, das auch in Mecklenburg-Vorpommern installiert werden soll). Als Konsequenz aus dem Gesundheitsfonds setzt Kassenchef Ralf Hermes gezielt auf das Versorgungsmanagement (Diabetes und Depression).

### Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Christian Härter

Jahrgang 1960, seit 1. Oktober 2008 Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie des UKE. Härter hat in Würzburg, Padua und Freiburg Psychologie und Medizin studiert. An der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg hat der gebürtige Heilbronner 2001 im Fach Psychologie habilitiert. Seit 2004 war er Sektionsleiter für Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum in Freiburg, 2005 vertrat er den Lehrstuhl „Klinische und Entwicklungspsychologie“ der Universität Freiburg, 2007 erhielt er einen Ruf auf den Lehrstuhl „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ an der FU Berlin. Seine klinischen Bereiche sind „Psychische Belastungen und Störungen bei körperlichen Erkrankungen“, seine Forschungsschwerpunkte sind „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“, „Epidemiologie psychischer Belastungen und Komorbiditätsforschung“ und „Versorgungsforschung“. Härter ist Mitglied verschiedener nationaler Gremien, unter anderem seit 2005 Mitglied der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin und seit 2008 im Nationalen Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit. Er ist mit einer italienischen Musikerin verheiratet und hat zwei Kinder.

# Vorstellung abgeschlossener *vffr*-geförderter Projekte

Auch in der vorliegenden vierten Ausgabe der *vffr*-news wollen wir Ihnen gerne wieder einen Einblick in die Vielfalt der Rehabilitationsforschung vermitteln, die mit Unterstützung des *vffr* realisiert wird. Konkret werden daher im Folgenden fünf Projekte zusammenfassend vorgestellt, die durch den *vffr* gefördert wurden und im vergangenen Jahr abgeschlossen werden konnten.

## Behandlungsstrategien nach endoprothetischem Ersatz des Hüft- oder Kniegelenks: Der Einfluss der Nachbehandlung auf das Operationsergebnis und die Lebensqualität

| | |
|---|---|
| Thoralf R. Liebs | Projektleiter |
| Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Abteilung Orthopädie | Einrichtung |
| 35 | Projektnr. |
| Orthopädische Abteilungen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (Campus Kiel u. Campus Lübeck), des Krankenhaus Wedel, der Ostseeklinik Damp und der Rheumaklinik Bad Bramstedt | Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationen |

**Hintergrund**

Nachbehandlungsstrategien für Patienten in der Rehabilitation nach endoprothetischem Ersatz des Hüft- oder Kniegelenks sind bisher noch nicht durch randomisierte Studien evaluiert worden. Dementsprechend fehlt es an evidenzbasierten Empfehlungen zum optimalen Zeitpunkt der Belastungswiederaufnahme, zum Beginn von Bewegungsbädern (Hydrotherapie) oder zum Einsatz eines Ergometertrainings.

**Zielsetzung/ Fragestellung**

Erarbeitung valider Empfehlungen bezüglich Teil- und Vollbelastung, Hydrotherapie und Ergometertraining nach unilateralem komplikationslosem endoprothetischem Ersatz des Hüft- oder Kniegelenkes.

**Methodik**

Multizentrische randomisierte kontrollierte Therapiestudien zur Evaluierung der oben genannten Behandlungsstrategien.

**Ergebnisse**

Patienten nach endoprothetischem Ersatz des Kniegelenkes reagieren grundlegend anders auf die drei untersuchten Behandlungsstrategien als Patienten mit endoprothetischem Ersatz des Hüftgelenkes: Patienten mit Knieendoprothesen profitieren besser von einer postoperativen Teilbelastung, während bei Patienten mit Hüftendoprothesen die schmerzadaptive Vollbelastung zu empfehlen ist. Bezüglich des Beginns der Bewegungsbäder ergab sich zwar kein statistisch signifikanter Effekt, aber ein Trend dahingehend, dass Knieprothesenpatienten eher vom frühzeitigen Bewegungsbad profitieren, während Hüftprothesenpatienten bei frühzeitigem Bewegungsbad schlechtere Resultate zeigen, weshalb bei diesen zunächst der Abschluss der Wundheilung abgewartet werden sollte. Ein Ergometertraining führt nur bei Patienten mit Hüftendoprothesen zu signifikant besseren Ergebnissen, wohingegen sich bei Knieprothesenpatienten nach Ergometertraining sogar tendenziell schlechtere Ergebnisse zeigen.

**Diskussion**

Bisher konnten weder für unterschiedliche Operationstechniken noch für unterschiedliche Implantate Effekte auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nachgewiesen werden. Mit der vorliegenden Studie ist es zum ersten Mal gelungen, einen deutlichen Effekt einer ärztlich zu beeinflussenden Rehabilitationsmaßnahme auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Endoprothetik des Hüft- oder Kniegelenks nachzuweisen.

**Fazit für die Praxis**

Auf der Grundlage der durchgeführten Studien ist es nun möglich, eine Empfehlung für die Nachbehandlung nach unilateralen, komplikationslosen endoprothetischem Gelenkersatz auszusprechen.

## Evaluation der Dynamischen Trainingstherapie

| | |
|---|---|
| Projektleiter | Matthias Mohrfeld, Jens-U. Möller |
| Einrichtung | University of Applied Sciences Magdeburg and Stendal; Reha-Klinik Damp |
| Projektnr. | 80 |
| Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationen | Reha-Klinik Damp |

**Hintergrund**

Innerhalb des Rehabilitationskonzeptes kommt physio- und sporttherapeutischen Maßnahmen bei der Behandlung von Schmerzpatienten ein hoher Stellenwert zu, diese sind jedoch selten standardisiert und werden demnach nur heterogen und wenig vergleichbar erbracht. Die wenigen vorliegenden Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit unterschiedlicher physiotherapeutischer Behandlungsformen weisen darauf hin, dass eine Aktivierung der Patienten für den Behandlungserfolg eine wichtige Rolle spielt.

**Zielsetzung/ Fragestellung**

Das Konzept der so genannten Dynamischen Trainingstherapie (DTT) zielt darauf ab, dass Patienten mit chronisch unspezifischen Rückenschmerzen über eine aktivierende Therapie den Kreislauf von schmerzbedingter Passivität, sozialem Rückzug und der damit verbundenen Dekonditionierung durchbrechen lernen. Im Rahmen der vorliegenden Studie sollte überprüft werden, ob die Behandlung nach dem Konzept der DTT der Standardrehabilitation überlegen ist.

**Methodik**

Die Evaluation der DTT wurde als prospektive, randomisiert kontrollierte Interventionsstudie mit drei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 12-Monats-Katamnese) realisiert. Insgesamt konnten 115 Patienten mit chronisch unspezifischen Rückenschmerzen in die multi-perspektivisch angelegte Untersuchung aufgenommen und randomisiert auf die zwei Behandlungsarme (DTT vs. Standardrehabilitation) zugewiesen werden. Von diesen konnten zum Katamnese-Zeitpunkt noch fast 90% erreicht werden.

**Ergebnisse**

Die Ergebnisse der Untersuchung belegen die gute Wirksamkeit der Rehabilitation. In Bezug auf psychosoziale Parameter kommt es im Verlauf der Rehabilitation zu positiven Veränderungen hinsichtlich Lebensqualität, Angst, Depressivität, schmerzbezogenen Selbstinstruktionen, aber auch Fear Avoidance Beliefs und Funktionsfähigkeit, allerdings von vorneherein auf verhältnismäßig hohem Niveau. Eine Überlegenheit der hier speziell überprüften Intervention einer Dynamischen Trainingstherapie konnte allerdings nicht bestätigt werden.

**Diskussion**

Zur Erklärung der Ergebnisse, die zwar die generelle Wirksamkeit der Rehabilitation, aber keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen belegen, sind mehrere Gründe denkbar. Zum einen ist beispielsweise nicht auszuschließen, dass aufgrund der nicht zu realisierenden Separierung von Interventions- und Kontrollgruppe ein Austausch zwischen den Gruppen stattgefunden haben könnte. Zusätzlich ist jedoch insbesondere davon auszugehen, dass sich die hier realisierte Intervention einer Dynamischen Trainingstherapie in ihrem Konzept tatsächlich zu wenig von der als Kontrolle eingesetzten Standardrehabilitation abhebt.

**Fazit für die Praxis**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorliegende Studie keine Anhaltspunkte dahingehend erbracht hat, dass sich beide Therapiekonzepte – Standardrehabilitation und Dynamische Trainingstherapie – konzeptionell und im Ergebnis voneinander unterscheiden.

## Versorgungsstand des atopischen Ekzems bei Schulkindern in Schleswig-Holstein. Pilotstudie zum Bedarf an Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen nach Evidenz-basierten Kriterien

Regina Fölster-Holst — Projektleiter

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Klinik für Dermatologie — Einrichtung

89 — Projektnr.

Kieler Schulen — Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationen

**Hintergrund**

Angesichts einer steigenden Prävalenz und Inzidenz, den weit reichenden psychosozialen und medizinischen Folgen sowie der vielfältigen Einschränkungen betroffener Patienten ist es dringend notwendig, die Versorgungslage von Patienten mit Erkrankungen des atopischen Formenkreises (atopisches Ekzem, Asthma bronchiale, Rhinitis allergica) in Deutschland zu überprüfen und den bestehenden Bedarf an präventiven und rehabilitativen Maßnahmen zu ermitteln.

**Zielsetzung/ Fragestellung**

Die vorliegende Pilotstudie diente vor diesem Hintergrund der Abschätzung des Versorgungsbedarfes an präventiven und rehabilitativen Maßnahmen zur Behandlung des atopischen Ekzems (AE) in einer Stichprobe von Kieler Schulkindern. Die ermittelten Daten sollten darüber hinaus als Grundlage für weitergehende, landesweite Studien zur Klärung und Verbesserung der Versorgungslage von Patienten mit dem atopischen Ekzem, aber auch anderen atopischen Erkrankungen in Schleswig-Holstein dienen können.

**Methodik**

In einer zweiphasigen Querschnittstudie wurden per Zufall sechs Kieler Schulen ausgewählt (je zwei Gymnasien, Realschulen und Hauptschulen). In der ersten Phase (Screening) wurde zunächst an alle Schüler der Klassen 5-10 ein aus drei Teilen bestehender Fragebogensatz ausgeben, der die Identifikation von Patienten mit Verdacht auf AE ermöglichen sollte. In der zweiten Phase wurden dann nur noch die atopieverdächtigen Schüler mittels eines weiteren Fragebogenpaketes befragt und außerdem dermatologisch und allergologisch untersucht. Schüler und Eltern wurden schriftlich über das Ergebnis der Untersuchung informiert.

**Ergebnisse**

Die erwartet hohe Prävalenz von Neurodermitis unter Schulkindern konnte bestätigt werden. Zudem finden sich klare Hinweise auf eine negative Beeinflussung der Lebensqualität sowie der schulischen Entwicklung durch das Vorliegen eines atopischen Ekzems. Je nach sozialer Schicht konnten Unterschiede hinsichtlich Risikoverhalten, Krankheitsmerkmalen und Vorkenntnissen der atopischen Schulkinder festgestellt werden.
Notwendige Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen wurden von einem beträchtlichen Teil der Kinder mit atopischem Erkrankungsrisiko bisher nicht wahrgenommen, wobei die Versorgung der Schulkinder insbesondere im essentiellen Bereich der Prävention deutlich defizitär ist.

**Diskussion**

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie lässt sich ein hoher Handlungsbedarf zur Früherkennung von Schulkindern mit dem Risiko atopischer Erkrankungen, zur Aufklärung über die Notwendigkeit der Nutzung früher Präventions- und Therapiemaßnahmen und zur besseren Schulung in diesen Bereichen ableiten. Weiterer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Evaluation von schulischen Leistungen bei Kindern mit Neurodermitis sowie der Klärung sozial bedingter Unterschiede in Gesundheitsverhalten und Risikoprofilen atopischer Schulkinder.

**Fazit für die Praxis**

Die Untersuchungsergebnisse untermauern die Notwendigkeit der Etablierung einer umfassenden, leitliniengerechten und nachhaltigen Versorgung der Patienten mit atopischem Ekzem sowie die Auseinandersetzung mit den nachweislich bestehenden Defiziten.

## Optimierung der Erkennung von potentiellem Reha-Bedarf von Patienten in der Hausarztpraxis und Erleichterung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation

| | |
|---|---|
| Projektleiter | Ruth Deck, Jens-Martin Träder, Heiner Raspe |
| Einrichtung | Institut für Sozialmedizin, Universität Lübeck |
| Projektnr. | 98 |
| Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationen | Hausarztpraxen im Raum Lübeck und Rendsburg |

**Hintergrund**

Der Bedarf an medizinischer Rehabilitation wird in einer immer älter werdenden Bevölkerung mit zunehmend längeren Arbeitsperspektiven stetig wachsen. Damit die Rehabilitation ihr Ziel der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung erreichen kann, ist es notwendig, dass Betroffene das System zum richtigen Zeitpunkt erreichen. Das Zugangsverfahren zur medizinischen Rehabilitation wird vom Betroffenen selbst initiiert, in der Regel in enger Kooperation mit dem Hausarzt. Bisher vorliegende Studien zeigen auf Seiten der Hausärzte jedoch eine eher geringe Affinität zum Reha-System – häufig mit der Folge, dass potentiell reha-bedürftige Patienten das Versicherungssystem nicht erreichen.

**Zielsetzung/ Fragestellung**

Mit dem vorliegenden Projekt sollte der Versuch unternommen werden, Hausärzte für einen möglichen Reha-Bedarf zu sensibilisieren und die Antragsentscheidung zu erleichtern.

**Methodik**

Zur Bestimmung des Reha-Bedarfs wurde eine einseitige übersichtliche Checkliste entwickelt die den Kriterien der Antragsbegutachtung der Kostenträger weitestgehend entspricht und Raum für eigene Anmerkungen des Hausarztes vorsieht. Für den Abgleich mit der subjektiven Reha-Bedürftigkeit des Patienten wurde ein Selbstauskunftsbogen erstellt, der ein breites Spektrum Reha-relevanter Kriterien enthält. Die beiden Instrumente wurden im Rahmen einer multizentrischen Studie an mehrere Hausarzt-Praxen im Lübecker und Rendsburger Raum verteilt, in die Auswertung konnten insgesamt 60 vollständige Sätze einbezogen werden.

**Ergebnisse**

Während die Arzteinschätzung in fast allen gesundheitsbezogenen Skalen mit dem Ausmaß der patientenseitig erhobene Belastung korrespondiert, lässt sich ein solcher Zusammenhang für den berufsbezogenen Bereich nicht bestätigen, d.h. Ärzte orientieren sich bei der Einschätzung des Reha-Bedarfs eher an gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Kriterien als an beruflichen Belastungen. Bezüglich der auf der Basis der beiden Instrumente ermittelten Risikoscores fällt die Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient deutlich moderater aus als in den Globalurteilen.

**Diskussion**

Die entwickelten Instrumente haben sich grundsätzlich zur schnellen und unaufwändigen Aufdeckung eines möglichen Reha-Bedarfs in der Praxis bewährt. Allerdings stieß die vorliegende Untersuchung angesichts einer Rücklaufquote von lediglich 18% auf das bekannte Problem der geringen Beteiligung niedergelassener Ärzte. Als Ursachen hierfür spielte nach Angaben der beteiligten Ärzte vor allem der „zusätzliche Bürokratismus“ sowie das „Negativ-Image von Reha und Kostenträgern“ eine Rolle. Das immer noch defizitäre Wissen über Inhalte und Ziele der Rehabilitation seitens der niedergelassenen Ärzte stellt schließlich eine weitere Hürde dar.

**Fazit für die Praxis**

Die entwickelten Instrumente eignen sich prinzipiell zur schnellen und kostengünstigen Aufdeckung eines möglichen Reha-Bedarfs. Allerdings erscheinen weitere Maßnahmen vonnöten, um die notwendige „Compliance“ seitens der niedergelassenen Ärzte zu erhöhen (z.B. verstärkte Integration rehabilitationsbezogener Inhalte im Rahmen der Medizinerausbildung, angemessene Honorierung von Leistungen im Zusammenhang mit der Reha-Antragstellung).

## Analyse der Machbarkeit einer internetbasierten liveonline-Nachbetreuung von Patienten mit Adipositas nach einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme

| | |
|---|---|
| Jürgen Theissing | Projektleiter |
| liveonline coaching, Warburg | Einrichtung |
| 120 | Projektnr. |
| Curschmann Klinik, Klinikgruppe Dr. Guth; Klinik Hellbachtal der DRV Bund | Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationen |

**Hintergrund**

Adipositas ist eine multifaktorielle Störung, die neben den Erbanlagen vor allem durch den Lebensstil bestimmt wird. Demzufolge besteht hier in besonderem Maße Bedarf an effizienten Nachsorgemaßnahmen zur Verstetigung des Rehabilitationserfolgs.
In diesem Kontext gewinnen elektronische Gesundheitsdienste zunehmend an Bedeutung. Audiosynchrone Systeme, auch „liveonline“ genannt, wie sie z.B. in der Wirtschaft bereits weit verbreitet sind, wurden in der Rehabilitation bisher noch nicht eingesetzt. Dabei verfügen sie über ein deutlich höheres didaktisches Potenzial im Vergleich zu Chat, Foren oder E-Mail.

**Zielsetzung/ Fragestellung**

Um die Machbarkeit einer liveonline-Nachbetreuung bei dem anvisierten Patientenklientel beurteilen zu können, sollen in einer Pilotstudie die strukturellen Voraussetzungen (Vorhandensein eines privaten Internetanschlusses, Internetnutzung, Nachsorgebedürfnis) bei Patienten mit einer Stoffwechsel- und/oder kardiovaskulären Erkrankung, die eine stationäre diabetologische oder kardiologische Rehabilitationsmaßnahme erhalten, überprüft werden.

**Methodik**

Befragung von Patienten in zwei Rehabilitationskliniken mit diabetologischem und kardiologischem Schwerpunkt. Insgesamt beteiligten sich 197 Patienten im Alter von 22 bis 84 Jahren, die im Erhebungszeitraum eine Rehabilitationsmaßnahme erhielten (Teilnahmequote: 86%).

**Ergebnisse**

76 Prozent der befragten Patienten verfügen über einen privaten Internetzugang, wobei sich in Abhängigkeit des Alters ein differenziertes Bild ergibt: Je jünger die Personen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein eines privaten Internetzugangs.
In der Gruppe der Patienten mit Internetzugang sind ca. 93% 2x pro Woche und häufiger online. Am häufigsten wird das Internet zum Senden und Empfangen von E-Mails sowie den Gebrauch von Informationsdiensten (z.B. Google etc.) genutzt. Komplexere Anwendungen wie Chats, Foren oder Online Shopping werden vergleichsweise seltener ausgeführt.
Nach ihrem bevorzugten Medium für eine Nachbetreuung befragt, sprechen sich altersübergreifend 64% der Patienten für eine internetbasierte Nachsorge aus, welches die stärkste Präferenz darstellt (Brief 44%, Telefon 29%, SMS 20%). Allerdings finden sich auch hier wieder deutliche Alterseffekte.

**Diskussion**

Eine internetbasierte liveonline-Nachsorge erscheint bei Patienten < 70 Jahre realisierbar und wird neben telefonischer oder schriftlicher Nachsorge allgemein bevorzugt. Ein privater Internetzugang steht etwa 75% der befragten Patienten zur Verfügung, für die übrigen Teilnehmer bestehen alternative Möglichkeiten zur Internetnutzung.

**Fazit für die Praxis**

Die Implementation einer webbasierten, hier speziell einer liveonline-Nachsorge erfordert gewisse Grundkompetenzen im Umgang mit dem PC und dem Internet. Da die Mehrheit der in dieser Studie befragten Personen mit Internetzugang das Internet mindestens zweimal wöchentlich nutzt, kann vom Vorliegen der benötigten Basisfertigkeiten ausgegangen werden kann. Angesichts einer mehrheitlichen Präferenz für ein internetbasiertes Vorgehen im Rahmen der Nachsorge kann eine Grundakzeptanz gegenüber der geplanten liveonline-Nachsorge als gewährleistet gelten.

*(S. Rabung, N. Glaser-Möller und R. Deck)*

NVRF
NORDDEUTSCHER VERBUND FÜR REHABILITATIONSFORSCHUNG E.V.

# Norddeutscher Verbund für Rehabilitationsforschung e. V.

## Wofür steht der NVRF e.V.?

Der Norddeutsche Verbund für Rehabilitationsforschung NVRF e.V. besteht seit dem Herbst 2005. 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. Im Fokus der Vereinsarbeit sollte die Vernetzung von Reha-Klinikern und Reha-Wissenschaftlern stehen („Forschung von, mit und für Reha-Kliniker").

## Bericht aus der Vorstandsarbeit

Die dritte Vorstandssitzung des NVRF e.V. fand am 23. März 2009 in Lübeck statt. Bis auf ein Vorstandsmitglied nahmen alle Vorstandsmitglieder an diesem Treffen teil. Frau Dr. Deck informierte die Vorstandsmitglieder über alle bisherigen und aktuellen Entwicklungen des NVRF e.V. Dazu gehörte neben Angaben zur Mitglieder- und Finanzentwicklung, die Vorstellung der Arbeit der verschiedenen Arbeitsgruppen des NVRF e.V. In diesem Zusammenhang wurde das Nicht-Zustandekommen der Arbeitsgruppe „Zertifizierung / Qualitätssiegel für die norddeutsche Rehabilitation" (Dr. Schmidt, St. Peter-Ording) problematisiert und mit Blick auf eine mögliche Lösung diskutiert. Die Frage, ob ein anderes NVRF Mitglied die Leitung übernehmen wolle, wurde an die Mitgliederversammlung weitergegeben. Ein weiterer Diskussionspunkt ergab sich durch die Schwierigkeit, Kliniker für die angedachte „Ideenbörse" auf der Homepage des NVRF e.V. zu begeistern. Hier sollte als erster Problemlösungsschritt ein vereinfachter Zugang auf den entsprechenden Bereich der Homepage erprobt werden. Abschließend wurde vorgeschlagen bzw. diskutiert, ob eine Ausweitung des NVRF e.V. auf den Raum Hamburg möglich bzw. sinnvoll sei. Ein nächster Termin für die Vorstandssitzung wird zu gegebener Zeit festgelegt.

## Mitgliederversammlung am 23. März in Lübeck

Die dritte Mitgliederversammlung des NVRF e.V. fand am 23. März in Lübeck statt. Es waren 14 Mitglieder zur Versammlung erschienen, so dass die Beschlussfähigkeit der Versammlung gegeben war. Dr. Arlt informierte die Anwesenden über die Inhalte der dritten Vorstandssitzung, dort wurde angeregt, dass sich der NVRF e.V. um Mitglieder aus dem Raum Hamburg bemühen sollte, da sich die Reha-Landschaft dort zunehmend ausweitet (Berliner Tor, St. Georg, UKE). Dr. Arlt definiert erneut die Ziele und Inhalte des NVRF e.V. in Abgrenzung zum vffr und zur DGRW (siehe Abschnitt „Wofür steht der NVRF e.V.?"). Auf der letzten Mitgliederversammlung wurde die Gründung einer Arbeitsgruppe „Zertifizierung / Qualitätssiegel für die norddeutsche Rehabilitation" angeregt. Diese Gruppe konnte bislang nicht ins Leben gerufen werden. Da das Thema nach Ansicht des Vorstandes für verschiedene reha-wissenschaftliche Fragestellung von Bedeutung ist (Kompatibilität und Qualität der verschiedenen Zertifizierungen, Zusammenhänge zwischen Zertifizierung und Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement, wissenschaftliche Aufarbeitung der Zertifizierungsverfahren), regt der Vorstand an, die Leitung dieser Arbeitsgruppe einem anderen Mitglied des NVRF e.V. zu übertragen.
Dr. Waldmann präsentierte die Entwicklung der Vereinsmitglieder (siehe Abschnitt „Mitgliederentwicklung") und stellte den Anwesenden die Initiativgruppe vor. Sie besteht derzeit aus acht Personen (Dr. Arlt, Dr. Deck, Dr. Höder, Frau Lehmann, Herr Moock, Herr Simeit, Dr. Richter, Dr. Waldmann). Die Initiativgruppe trifft sich in ca. 3-monatigen Abständen. Neben organisatorischen Arbeiten kümmert sich die Initiativgruppe um inhaltliche Angelegenheiten des Vereins. Nach der Vorstellung des Kassenberichtes für das Jahr 2008 durch Dr. Waldmann wurde der Vorstand entlastet.

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

***...im Norden aktiv!***

***www.nvrf.de***

Es folgte die Vorstellung der Arbeit aus den bereits etablierten Arbeitsgruppen (siehe auch Abschnitt „Arbeitsgruppen des NVRF e.V.“) durch die Leiter/Sprecher der jeweiligen Arbeitsgruppen (Frau Pohontsch, Dr. Höder, Herr Simeit). Die Gründung der als wichtig erachteten Arbeitsgruppe „Zertifizierung / Qualitätssiegel für die norddeutsche Rehabilitation“ konnte in der Mitgliederversammlung nicht vorgenommen werden. An der Mitarbeit interessierte Kliniker und Reha-Wissenschaftler melden sich bitte bei der Initiativgruppe oder bei Herrn Moock (joern.moock@uni-greifswald.de)!
Die Einbindung „der Pflege“ in die bestehenden Arbeitsgruppen wurde angeregt und diskutiert. Langfristig könnte eine eigene Arbeitsgruppe „Pflege in der Rehabilitation“ gegründet werden. An der Mitarbeit in Arbeitsgruppen interessiertes Pflegepersonal und Pflegewissenschaftler können sich gerne bei der Initiativgruppe melden!

## Mitgliederentwicklung

Aktuell sind am NVRF e.V. 24 natürliche Mitglieder, und 21 institutionelle Mitglieder (davon drei Rehabilitationskliniken sowie ein Verbund von 18 Rehabilitationskliniken) beteiligt.
Der Frauenanteil unter den natürlichen Mitgliedern beträgt 38 %. Die Hauptarbeitsgebiete der Vereinsmitglieder sind universitäre Einrichtungen (33 %) und Fach- und Rehabilitationskliniken (66 %).

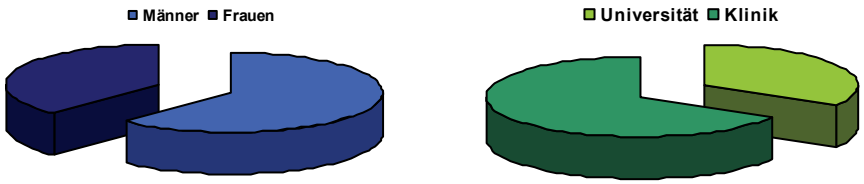



Abb. 1: Mitgliederzusammensetzung des NVRF e.V.

## Arbeitsgruppen des NVRF

Inzwischen haben vier Arbeitsgruppen ihre Arbeit aufgenommen, die sich mit verschiedenen inhaltlichen und methodischen Fragestellungen der Rehabilitation beschäftigen:

| Arbeitsgruppe | Leitung/Kontakt | Infos, Termine |
|---|---|---|
| „Rehabilitationsziele“ | Nadine Pohontsch, Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Lübeck) (Tel.: 0451-7992 528, nadine.pohontsch@uk-sh.de) | nächstes Treffen: 17.06.2009, 17.00 Uhr in der Bibliothek des IfSM |
| „Aufgaben- und Rollenverteilung in der Rehabilitation“ | Dr. Jürgen Höder, Rheumaklinik Bad Bramstedt GmbH (Tel.: 04192 - 90 2359, hoeder@klinikumbb.de) | www.nvrf.de |
| „Leitlinien für die Rehabilitation in der Onkologie“ | Rainer Simeit (Röpersbergklinik, Fachklinik für Onkologische Rehabilitation in Ratzeburg (Tel.: 04541-133 412, Rainer.Simeit@rkrz.de) und Dr. Annika Waldmann, Krebsregister Schleswig-Holstein (Tel.: 0451-799 2553, annika.waldmann@krebsregister-sh.de) | nächstes Treffen: 15.07.2009, 16.00 Uhr in der Bibliothek des IfSM |
| „Qualitative Methoden in der Rehabilitationsforschung“ | Dr. Susanne Richter; Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Lübeck), (Tel.: 0451-799 2519, susanne.richter @uk-sh.de) | www.nvrf.de |

***Norddeutscher Verbund für Rehabilitationsforschung e. V.***

***...im Norden aktiv!***

***www.nvrf.de***

NVRF
NORDDEUTSCHER VERBUND FÜR REHABILITATIONSFORSCHUNG E.V.

In den nächsten Ausgaben des vffr-Newsletters möchten wir Ihnen den Hintergrund, die Inhalte und Ziele jeder Gruppe portraitieren. In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen die AG „Rehabilitationsziele“ vor, die unter der Leitung von Nadine Pohontsch im Juni 2008 ihre Arbeit aufgenommen hat:

***SPECIAL: Die Arbeitsgruppe „Rehabilitationsziele“***

Die Arbeitsgruppe Reha-Ziele besteht aus 7 regelmäßig teilnehmenden Mitgliedern (Kliniker und Forscher aus den Bereichen Medizin, Psychologie und Soziologie) und hat sich seit ihrer Gründung im Juni 2008 sechsmal getroffen. Das ursprüngliche Ziel der Arbeitsgruppe, die Entwicklung eines Trainingsprogramms zur partizipativen Zielvereinbarung für Rehabilitationsärzte, wurde aufgrund von Überschneidungen mit der Arbeit anderer Forschergruppen in der Bundesrepublik aufgegeben und stattdessen ein Fokus auf die Reha-Vorbereitung für Versicherte gelegt. Die Reha-Vorbereitung soll dem Rehabilitanden nicht nur fundiertes Wissen über Verlauf und Funktion der Reha selbst vermitteln, sondern vor allem auf die Formulierung und die Umsetzung von Reha-Zielen eingehen. Hierfür diskutierte die Arbeitsgruppe Möglichkeiten und Methoden der Wissensvermittlung, was im Konzept eines „Reha-Informationstages“ mündete.
Das Programm des Informationstags soll sich aus Informationsvorträgen von verschiedenen Berufsgruppen und praktischen Übungen gemeinsam mit den Rehabilitanden zusammensetzen. Die Beiträge beinhalten Themen wie Ziele und Ablauf einer Rehabilitationsmaßnahme, Bedeutung von Therapie- und Rehabilitationszielen für die Rehabilitation und Formulierung individueller und umsetzbarer Rehabilitationsziele. Die praktischen Übungen beschäftigen sich mit der Identifikation persönlicher Problembereiche/Einschränkungen und der Festlegung individueller Rehabilitationsziele. Diese sollen auch als „Produkt“ des Informationstages schriftlich festgehalten werden, damit der Patient sie später dem aufnehmenden Reha-Arzt als Diskussionsgrundlage vorlegen kann. Außerdem soll das Verhalten bei der Absprache von Rehabilitationszielen mit dem aufnehmenden Arzt in Rollenspielen geübt werden. Ziel des „Reha-Informationstages“ ist es, den Versicherten über die bevorstehende Rehabilitationsmaßnahme aufzuklären, (falsche) Erwartungen zu thematisieren und ihn zu befähigen, Rehabilitationsziele zu formulieren und diese im Aufnahmegespräch mit dem Arzt in geeigneter Weise zu besprechen.
Der Reha-Informationstag wurde von den Mitgliedern der AG der Öffentlichkeit bereits vorgestellt (Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung, NP; Rehabilitationswissenschaftlichen Seminar der Universität Würzburg, JH ) und erhielt vor allem seitens der Kliniker starke Zustimmung.
Zurzeit werden Überlegungen angestellt, ob und wie die Idee des Reha-Informationstages in einem Forschungsprojekt umgesetzt werden kann. Weitere Informationen können über die Leiterin der AG (N. Pohontsch) bezogen werden.

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

## Fortbildungsveranstaltungen

Vom 14. bis 16. Mai 2009 hat in Reinfeld die erste Spring School „Evidenz-basierte Rehabilitation“ stattgefunden. In der nächsten Ausgabe des NVRF-Newsletters werden wir darüber berichten.

## 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 Schwerpunksetzung 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!

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

***...im Norden aktiv!***

***www.nvrf.de***

**Korrespondenzadressen**

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

Dr. Annika Waldmann
Krebsregister Schleswig-Holstein,
Beckergrube 43-47, 23552 Lübeck

# Sorgt für optimale Rehabilitation: Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ist der gesetzliche Unfallversicherungsträger für nicht staatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Sie hat rund sechs Millionen Versicherte in über 565.000 Mitgliedsbetrieben und ist damit die zweitgrößte von derzeit 21 gewerblichen Berufgenossenschaften in Deutschland. Die BGW unterhält insgesamt zwölf Kundenzentren im Bundesgebiet. Die Hauptverwaltung hat ihren Sitz in Hamburg.

Zentrale Aufgabe der BGW ist die Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Dabei vertritt die BGW einen ganzheitlichen Ansatz, der von sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Maßnahmen über die Arbeitsorganisation und Personalentwicklung bis hin zur Implementierung des Arbeitsschutzes in Qualitätsmanagementsysteme reicht. Das dient nicht nur der Gesundheit der Versicherten, sondern wirkt sich auch positiv auf die Beiträge aus: Sie konnten dank erfolgreicher Prävention in den vergangenen Jahrzehnten bezogen auf die Lohnsumme erheblich gesenkt werden. Im Schadensfall sorgt die BGW für die bestmögliche Rehabilitation sowie für angemessene Entschädigung. Darüber hinaus arbeitet sie mit in- und ausländischen Institutionen und Organisationen der sozialen Sicherheit und des Arbeitsschutzes zusammen.

Grundlegend geregelt ist die Tätigkeit der BGW wie der übrigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Sozialgesetzbuch VII. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts nimmt die BGW die ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben in eigener Verantwortung unter staatlicher Aufsicht wahr.

## Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten

Unter den Versicherungsschutz fallen bei der gesetzlichen Unfallversicherung Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind Unfälle, die sich im direkten Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit ereignen. Wegeunfälle sind die, die auf dem Weg zur Arbeit oder zurück passieren. Der Berufsgenossenschaft gemeldet werden müssen die Unfälle jeweils, wenn sie eine mehr als dreitägige Arbeitsunfähigkeit verursachen. Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten, die durch besondere berufliche Einwirkungen verursacht worden sind. Die grundsätzlich in Frage kommenden Krankheiten stehen in der Berufskrankheitenverordnung (BKV), Allgemeinkrankheiten wie zum Beispiel Rheuma gehören nicht dazu.

Im Jahr 2008 verzeichnet die BGW unter ihren Versicherten 55.696 meldepflichtige Arbeitsunfälle und 24.227 meldepflichtige Wegeunfälle. Ferner erhielt BGW im vergangenen Jahr 8.892 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit. Davon bezogen sich 54 Prozent sich auf Hauterkrankungen, gefolgt von Meldungen zu Wirbelsäulenerkrankungen (21 Prozent) und zu Infektionskrankheiten (11 Prozent).

## Rehabilitation und Entschädigung

Wenn ein Versicherter einen Arbeits- oder Wegeunfall erleidet oder an einer Berufskrankheit erkrankt, setzt die BGW gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag alles daran, seine Gesundheit und Arbeitskraft wiederherzustellen. Es gilt der gesetzlich vorgegebene Grundsatz: Rehabilitation vor Rente. Die BGW finanziert und koordiniert die medizinische Behandlung sowie die Wiedereingliederung in den Beruf (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und in das soziale Umfeld (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft). Für die Sicherung des Lebensunterhalts während der Rehabilitation zahlt sie ein Verletztengeld beziehungsweise Übergangsgeld.

Wenn der Versicherte trotz Heilbehandlung und Reha-Maßnahmen nicht wieder uneingeschränkt am Erwerbsleben teilnehmen kann, gewährt die BGW eine Rente. Voraussetzung: Die Erwerbsfähigkeit des Versicherten ist durch den Arbeitsunfall, den Wegeunfall oder die Berufskrankheit andauernd um mindestens 20 Prozent gemindert. 2007 brachte die BGW rund 362 Millionen Euro für Rehabilitations- und Entschädigungsleistungen auf.

bGw
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

## Medizinische Rehabilitation

Nach einem Arbeits- oder Wegeunfall oder bei einer Berufskrankheit zielt die medizinische Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln darauf, den verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Die BGW hat ein leistungsfähiges System entwickelt, um den Versicherten dazu je nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens die geeigneten Maßnahmen zu gewähren. Die medizinische Rehabilitation umfasst insbesondere eine möglichst frühzeitig einsetzende notfallmedizinische Versorgung (Erstversorgung), eine unfallmedizinisch qualifizierte ambulante ärztliche Behandlung oder – soweit erforderlich – eine entsprechende stationäre Behandlung. Auch die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln und je nach Bedarf häusliche Krankenpflege oder zahnärztliche Behandlungen gehören dazu. Ergänzend kommen unter anderem Reisekosten, Kraftfahrzeughilfe und Wohnungshilfe in Betracht.

## Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (früher: berufliche Rehabilitation)

In manchen Fällen kann der Versicherte nach einem Arbeitsunfall, Wegeunfall oder einer Berufskrankheit trotz bestmöglicher medizinischer Rehabilitation seine bisherige berufliche Tätigkeit nicht oder nicht ohne Weiteres wieder aufnehmen. Dann kümmert sich die BGW mit allen geeigneten Mitteln darum, den Betroffenen nach seiner Leistungsfähigkeit und unter Berücksichtigung seiner Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern. Maßnahmen dazu sind zum Beispiel Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung, Umschulung, Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, Leistungen an den Arbeitgeber, Kraftfahrzeughilfe und Wohnungshilfe.

## Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (früher: soziale Rehabilitation) und ergänzende Leistungen

In manchen Fällen kann der Versicherte nach einem Arbeitsunfall, Wegeunfall oder einer Berufskrankheit trotz bestmöglicher medizinischer Rehabilitation seine bisherige berufliche Tätigkeit nicht oder nicht ohne Weiteres wieder aufnehmen. Dann kümmert sich die BGW mit allen geeigneten Mitteln darum, den Betroffenen nach seiner Leistungsfähigkeit und unter Berücksichtigung seiner Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern. Maßnahmen dazu sind zum Beispiel Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung, Umschulung, Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, Leistungen an den Arbeitgeber, Kraftfahrzeughilfe und Wohnungshilfe.

## Beratung

Neben den Leistungen ist im Schadensfall die Beratung sehr wichtig. Alle Versicherungsfälle werden dezentral von den elf Bezirksverwaltungen der BGW bearbeitet. Deren Mitarbeiter bieten Gespräche in den regionalen BGW-Räumlichkeiten an, außerdem besuchen sie die Versicherten bei Bedarf zu Hause oder am Arbeitsplatz. Sie beraten und informieren zum Beispiel über die Berufshilfe, Heilbehandlungen, Geldleistungen, Verwaltungsverfahren, Absprachen mit dem Arbeitgeber, die Arbeitsplatzausstattung, eine berufliche Neurorientierung oder die behindertengerechte Anpassung des Wohnraumes.

Bei Fragen, die andere Sozialleistungszweige als die gesetzliche Unfallversicherung betreffen, helfen die BGW-Mitarbeiter, den zuständigen Träger zu finden. Wenn ein Versicherter auf Grund eines schweren Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit eine intensive Betreuung benötigt, stellt die BGW einen so genannten Berufshelfer. Dieser begleitet den Betroffenen während der gesamten Rehabilitationsphase und kann zum Beispiel auch Einfluss auf das Heilverfahren nehmen.

## Hautsprechstunde und Sekundäre Individualprävention (SIP)

Die BGW hilft Versicherten, bei denen der Beruf gesundheitliche Beschwerden verursacht, aber nicht erst, wenn sich eine Berufskrankheit entwickelt hat. Im Bereich der Hauterkrankungen, die unter den BGW-Versicherten branchenbedingt einen Schwerpunkt der beruflich bedingten Gesundheitsprobleme darstellen, bietet die Berufsgenossenschaft spezielle Maßnahmen der Sekundären Individualprävention (SIP) an. Das trägt dazu bei, dass viele Versicherte trotz ihrer Erkrankung in ihrem Beruf bleiben können.

Die Ursachen für diese Hauterkrankungen liegen oft in fehlendem oder ungenügendem Hautschutz beim Umgang mit hautbelastenden Stoffen (Feuchtarbeit, Chemikalien, Reinigungsmittel usw.) oder einer mangelnden Pflege der Haut. Aber auch der tägliche Stress kann der Haut schaden.

BGW-Versicherte, die unter beruflich bedingten Hautproblemen leiden, können eine spezielle Hautsprechstunde besuchen, die die BGW in allen Regionen anbietet – zumeist in ihren eigenen Schulungs- und Beratungszentren (BGW schu.ber.z). Nach einer dermatologischen Untersuchung werden sie dort zum Hautschutz im Arbeitsalltag beraten. Bei Bedarf bietet die BGW Versicherten mit beruflich bedingten Hautproblemen die Teilnahme an einem zweitägigen Intensivseminar zum sekundären Individualprävention (SIP) an. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten dort Informationen über den Aufbau und die Funktion der Haut, über Erkrankungsrisiken, Hautschutz und Hautpflege. In vielen Fällen hilft bereits das Seminar den Betroffenen, ihre Hautprobleme in den Griff zu bekommen.

Wenn ein solches Seminar dazu nicht reicht, kümmert sich die BGW um eine fundierte ambulante Therapie. Dabei geht es nicht nur um das Heilen der akuten Erkrankung, sondern auch darum, dass der Betroffene in seinem Beruf weiterarbeiten kann – und sich nicht etwa aus einem Abnutzungsekzem eine Allergie entwickelt. Meist kommt der Kontakt zur BGW über den Hautarzt zustande. Auf Basis seiner Meldung der beruflich bedingten Hauterkrankung entwickelt ein Expertenteam der BGW ein Beratungs- und Rehabilitationskonzept. Der Erkrankte wird persönlich über alle Angebote beraten, der behandelnde Hautarzt erhält einen zunächst sechsmonatigen Behandlungsauftrag, der bei Bedarf verlängert werden kann. Über den Verlauf der Behandlung berichtet der Arzt regelmäßig an die BGW.

In manchen Fällen ist eine noch intensivere Therapie nötig, um die Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit zu sichern. Dazu hat die BGW eine teilstationäre Therapie entwickelt. Jenseits des beruflichen und privaten Alltags, beschäftigen sich die Erkrankten dort in Ruhe in einem umfassenden medizinischen und pädagogischen Programm mit ihrer Haut. Die Maßnahmen reichen von intensiver dermatologischer und allergologischer Diagnostik und daraus folgender individuell abgestimmter Behandlungsverfahren über Weiterbildungsseminare bis hin zu einer intensiven Erprobung unterschiedlicher Hautschutzmittel. Außerdem werden Anschluss- und Heimtherapien vorbereitet.

Am Arbeitsplatz reichen häufig kleine organisatorische Veränderungen oder der Austausch von Hautschutzprodukten oder Handschuhen, damit Beschäftigte mit Hauterkrankungen nach einer Therapie ihre Arbeit fortsetzen können. Auch dabei berät die BGW die Betroffenen und – sofern die Betroffenen einverstanden sind – auch deren Arbeitgeber.

bGw
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

## Rückensprechstunde und BGW-Rückenkolleg

Zusätzlich zu allgemeiner Beratung für Versicherte mit beruflich bedingten Gesundheitsproblemen in ihren regionalen Schulungs- und Beratungszentren (BGW schu. ber.z) hat die BGW an zwei Standorten spezielle Rückensprechstunden eingerichtet, in denen sich Versicherte mit beruflich verursachten Rückenbeschwerden untersuchen und beraten lassen können. Unter anderem erhalten sie dort Informationen, wie sie kleine Hilfsmittel im Arbeitsalltag einsetzen können und wie sie Methoden für rückengerechtes Arbeiten erlernen können. Eine Ausweitung dieses Angebots auf die anderen regionalen Standorte der BGW ist bereits geplant.

Darüber hinaus bietet die BGW für Versicherte aus Pflegeberufen, bei denen ein Verdacht auf eine berufsbedingte Wirbelsäulenerkrankung gemeldet wurde, ein dreiwöchiges Rückenkolleg im berufsgenossenschaftlichen Reha-Zentrum in Hamburg an. Das Spezialseminar umfasst zum einen Physiotherapie, sportmedizinisches Training und das Training berufsspezifischer Bewegungstechniken. Zum anderen erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei Bedarf psychologische Betreuung bei der Schmerzbewältigung und Unterstützung bei der Perspektivenfindung für den Beruf. Das unter ärztlicher Leitung arbeitende Rehabilitationsteam besteht unter anderem aus Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, medizinischen Bademeistern/ Masseuren, Gehschullehrern, Psychologen, Ernährungsberatern, Rückenschullehrern und Sporttherapeuten.

So verzahnt die BGW gezielt Rehabilitations- und Präventionsangebote, um Versicherte mit beruflich bedingten Gesundheitsproblemen bestmöglich zu unterstützen. Viele Betroffene können dadurch in ihrem Beruf weiterarbeiten. Bei den teilstationären Hauttherapien beispielsweise waren es in den vergangenen Jahren mehr als 70 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und auch die Wirksamkeit des BGW-Rückenkollegs ist bereits durch eine Studie belegt. Das Konzept geht also auf. Davon profitieren nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch ihre Betriebe: Denn zum einen bleiben ihnen qualifizierte und erfahrene Arbeitskräfte erhalten – und zum anderen wirkt sich das Vermeiden von Berufsausstiegen wegen beruflich bedingter Erkrankungen auch positiv auf die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung aus. Kurz: Es gewinnen alle Beteiligten.

*Sandra Kollecker*
*Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst*
*und Wohlfahrtspflege (BGW)*
*Abteilung Reha-Koordination*
*Pappelallee 35/37 - 22089 Hamburg*

# Vom Wollen zum Handeln[1]

## Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung von Gesundheits-Zielen. Ergebnisse einer Befragung von kleinen und mittleren Betrieben in Norddeutschland

Karl-Heinz Köpke, Hamburg

## 1 Entstehung und Hintergrund der Studie

Die 2007-2008 durchgeführte Untersuchung war darauf gerichtet herauszufinden, mit welchen Mitteln und Methoden das Instrumentarium der sozialen Sicherung fortentwickelt werden kann, um die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten kleiner und mittlerer Betriebe nachhaltig zu festigen und zu stärken.

Zentrales Element war ein Vergleich der gesetzlichen und anderen Regelungen, Vereinbarungen oder sonstigen Aktivposten zugunsten von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit mit dem in Betrieben und bei Beschäftigten vorhandenen Wissen und den dort damit gemachten Erfahrungen. Dieser Vergleich wurde exemplarisch angelegt. Ausgewählt wurden kleine und mittlere Betriebe; sie bilden bei weitem das größte Beschäftigtenpotential. Dazu wurden mit Hilfe von Vertretern der Sozialpartner und der sozialen Selbstverwaltung je zehn Betriebe in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein ausgesucht. Sie hatten zwischen acht und 370 Beschäftigten. Bei der Auswahl der Betriebe wurde darauf geachtet, dass sie die Wirtschaftsstruktur des jeweiligen Bundeslandes angemessen widerspiegeln. So konnten sowohl Land- bzw. Forstwirtschaft, das verarbeitende und Baugewerbe als auch Handel, Gastgewerbe, Kredit- und Versicherungsgewerbe, Verkehrsbetriebe, Wohnungswesen, personale Dienstleistungen, Erziehung und Unterricht und sonstige öffentliche Dienstleistungen einbezogen werden.

## 2 Betriebliche Tatsachen erkundet

In Gesprächen mit Betriebs- bzw. Personalleitern, teilweise unter Beteiligung des Betriebs- bzw. Personalrats, des Sicherheitsbeauftragten, der Vertrauensperson der Schwerbehinderten oder anderer Fachkundiger wurden betriebliche Maßnahmen gesundheitsfördernder Art, die Durchführung von Gefährdungsanalysen, der Umgang mit Fehlzeiten, Erfahrungen mit Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Sicherheitsfachkräften, Arbeitsschutzausschüssen, Erkenntnisse aus Kontakten mit Betriebs- und Personalräten, Wissen um ein Betriebliches Eingliederungsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung sowie Erfahrungen aus Kontakten mit der Rentenversicherung erkundet. Erfragt wurde auch, wodurch die Anwendung des Gesundheits- und Arbeitsschutzes erleichtert bzw. erschwert wird und auch, ob externe Unterstützung hilfreich sein kann. Dies alles gab einen breiten Einblick in das Verständnis und den Umgang mit gesundheitlichen und Arbeitsschutzthemen in diesen Betrieben.

Abgerundet wurde dieser Blick in die Praxis dadurch, dass erfahrene Betriebsärzte um ihr Wissen und ihre Einschätzung gebeten wurden. Speziell wurden Rahmenbedingungen ihres Handelns erkundet, der alltägliche Vollzug des Arbeitsschutzes erfragt, Wissen und Erfahrungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement und zu Gemeinsamen Servicestellen und Vorschläge für Verbesserungen eingeholt. Damit war ein tragfähiges Bild betrieblichen Geschehens für den vorgesehenen Vergleich geschaffen.

**1:**

Bericht über eine von der DRV Nord geförderte etwa 150-seitige empirische Studie mit dem Titel „ Gesunde Arbeit für alle. Von der Gesundheitsförderung zum Eingliederungsmanagement im Betrieb“.

## 3 Erfahrungen erkennen, bewerten und handeln

Die Befragung der betrieblichen Akteure einschließlich der Betriebsärzte erbrachte zahlreiche Ansatzpunkte für eine Optimierung betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen. Erhellend waren schon die Hinweise auf Faktoren für Erfolg und Misserfolg.

Allem voran wurde eine positive Grundeinstellung von Arbeitgebern und Beschäftigten für die Belange Einzelner als nahezu unabdingbare Voraussetzung genannt. Dazu kamen wechselseitige Offenheit und ein respektvoller Umgang miteinander. Finde dies seine Beachtung in einer klaren Organisationsstruktur personalrelevanter Betriebsabläufe, wären damit förderliche Umstände geschaffen. Dies begünstige nicht nur den Informationsfluss technischer Belange, sondern auch sozialer Aspekte des Produktionsprozesses. Zudem wurde es als nützlich geschildert, alle betrieblichen Funktionsträger einzubeziehen, insbesondere die Beschäftigten bzw. den Betriebs- oder Personalrat. Betriebsvereinbarungen zur Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) wurden als Beweis genannt.

Als hemmende Faktoren nannten Befragte ein wenig ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein und mangelnde Bereitschaft zum aktiven Engagement. Auch fehlendes Wissen, das aufgrund unverstehbarer oder unklarer Gesetzes-, Anweisungs- selbst einfacher Informationstexte manchmal kaum ausgeglichen werden könne, wurde mehrfach genannt. Ein kompetenter externer Ansprechpartner, etwa bei Sozialleistungsträgern, Kammern oder Verbänden, stehe nur selten zur Verfügung. Häufiger gebe es z. B. Konfliktsituationen, in denen selbst Betriebsärzte nicht helfen konnten. Hemmend würden sich auch betrieblicher Stress durch Produktionsengpässe und Arbeitsverdichtung auswirken. Zudem wurden vereinzelt mit dem Arbeitsschutz verbundene Kosten genannt.

Zusammenfassend zeigte sich, Betriebe brauchen und wünschen mehr auf ihre individuelle Situation zugeschnittene Informationen und Ansprechpartner. Eine solche Wissensbasis könnte mehr Verstehen bewirken, Vorbehalte abbauen und einen Nährboden für eine beschäftigten- und gesundheitsorientierte Unternehmenskultur schaffen.

### 3.1 Struktur des Sozialsystems als Chance

Die Bestandsaufnahme über den Leistungskatalog sozialer Sicherung macht eines deutlich. Deutschland besitzt eine nahezu unüberschaubare Fülle von Handlungsmöglichkeiten und ein verwirrendes Kompetenzgeflecht aus selbstverwalteter Sozialversicherung, staatlichem Arbeitsschutz und gemischt-pluralistischen Aktivitäten. Die Aufhellung dieser Komplexität erscheint als zentrale Voraussetzung einer verbesserten Sicherung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit. Ob der gesetzlich installierte Schutz seine Wirkung entfalten kann, erscheint zumindest in Teilen fraglich. Deshalb wäre es geboten, die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit aller Leistungsanbieter gemeinsam zu verstärken – idealtypisch über die Gemeinsamen Servicestellen. Das manchmal verwirrende System könnte an Klarheit gewinnen, Versicherte davon profitieren.

Die Bestandsaufnahme hat ferner ergeben, dass das gegliederte System bei aller Anerkennung seiner beachtlichen Leistungen nur begrenzte Wirksamkeit entfaltet. Mit Hilfe der SGB-IX-Vorgaben zu koordinierter Kooperation und einer Politik „wie aus einer Hand“ konnten zwar etliche Schwächen überwunden werden. Aber immer noch gibt es Mängel in der Verzahnung, so etwa zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und Betrieben, medizinischer und beruflicher Rehabilitation, den Trägern der sozialen Sicherung und dem staatlichen Arbeitsschutz sowie zwischen der Arbeits-, Rehabilitations- und Sozialmedizin. Die durch die Betriebsbesuche bestätigte begrenzte Wirksamkeit etwa der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 2 bzw. § 20 a SGB V sollte deshalb von den Verantwortlichen als Herausforderung zur konsequenteren Umsetzung gesehen werden. Die Gemeinsamen Empfehlungen nach dem SGB IX haben Wege aufgezeigt. Sie sollten auch mutig beschritten werden. Die Bestandsaufnahme hat auch trägerübergreifende Zusammenarbeit z. B. in Netzwerken sichtbar gemacht. Sie sind zweifelsohne Zeichen guten Willens, sind aber mangels Stringenz nur begrenzt wirksam, solange ihnen ein verpflichtender Charakter fehlt. Arbeitsgemeinschaften nach § 12 Abs. 2 SGB IX könnten wirksamer ausgestattet werden. Mehr Effizienz könnten auch die umfassenden Datensammlungen der Krankenkassen bewirken. Sie könnten der Rentenversicherung helfen, Reha-Bedarf – mit Blick auf § 31 Abs. 1 Satz 1 Ziff. 2 SGB VI – frühzeitiger zu erkennen.

## 3.2 Von der Praxis lernen – die Praxis fordern

Die Betriebs- und Expertenbefragungen haben interessante Fakten zum gesundheitsförderlichen Umgang im Betrieb zutage gefördert. Bemerkenswert ist eine Offenheit etlicher Betriebe für gesundheitliche Belange der Beschäftigten. Folgende Beispiele bestätigen das. Das schriftliche Bekenntnis eines Betriebes zu „Responsible Care“, ein Personalchef mit der Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit, die Einrichtung eines Arbeitskreises Gesundheit und eines BEM-Begleitausschusses sowie der Abschluss von Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen zum BEM sind sichtbare Zeichen. Allerdings zählt auch zu den Erfahrungen, dass Arbeitsschutzinstrumente und -methoden längst nicht immer zum Einsatz kommen. Das gilt insbesondere für gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilungen, aber auch die Beschäftigung eines Betriebsarztes und Bildung eines Arbeitsschutzausschusses. Mit externer Unterstützung dürfte es möglich sein, diese Lücken zu schließen. Staatliche und selbstverwaltete Arbeitsschutzbemühungen könnten – etwa im Rahmen von § 20 SGB VII – dazu beitragen, dies auch auf dem zunehmend bedeutenden Gebiet psychischer Konflikt- und Problemkonstellationen. Betriebs- und Werksärzte haben Unterstützungsbereitschaft erkennen lassen. Sie sollten überhaupt stärker einbezogen werden, um den Reha-Trägern frühzeitiger Präventions- und Rehabilitationsansätze aufzuzeigen.

Um die Auflistung der betrieblichen Erfahrungen zu vervollständigen, ist abschließend der Bedarf an verstärkter Einbeziehung älterer und arbeitsloser Beschäftigter zu nennen. Letztlich haben die Betriebsbefragungen deutlich gemacht, dass es notwendig ist, mehr noch kleine und mittlere Betriebe ins Visier betrieblicher Gesundheitsförderung zu nehmen.

## 4 Praxis, Politik und Wissenschaft vor neuen Aufgaben

Die vorstehenden Erkenntnisse münden in der Studie in ein Bündel von Empfehlungen. Sie haben auch deutlich gemacht, die Beachtung der Gesundheit der Beschäftigten im betrieblichen Geschehen scheint zu wachsen. Mehrfach werden Wettbewerbe ausgeschrieben, Preise ausgelobt, best-practice-Modelle publiziert und tarifvertragliche Regelungen abgeschlossen. Diese Bereitschaft sollte genutzt werden. Die Politik auf der Bundes- und der Länderebene und die Selbstverwaltung sollten antreten, alle gesetzlichen und darüber hinausgehenden Möglichkeiten des Fortschritts auszuloten und zu nutzen. Dazu schließt die Studie mit Vorschlägen für die betriebliche Ebene, die Sozialversicherungsträger und politische Akteure, Organisationen und Institutionen.

In der Quintessenz werden abschließend Themen mit prioritärem Handlungsbedarf aufgeführt und Lösungsvorschläge gemacht. Genannt werden das Betriebliche Eingliederungsmanagement, die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention, der staatliche Arbeitsschutz, der Wandel in den gesundheitlichen Belastungen Beschäftigter, die Rehabilitation älterer Beschäftigter und die Förderung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in kleinen und mittleren Betrieben.

Die Leserinnen und Leser sind eingeladen zu prüfen, welchen Teilaspekt dieser Studie sie vor dem Hintergrund eigener Forschungsintentionen aufgreifen und für eine Optimierung des Systems der sozialen Sicherung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein aufgreifen mögen.

*Interessierte Leserinnen und Leser können den 150-seitigen Bericht bei der DRV Nord – Frau Myriam Matthaes per Fax (0451 / 48519-1602) oder per Post (DRV Nord – RSS – z. Hd. Frau Matthaes – 23544 Lübeck) bestellen.*

# GESA (Gesundheit am Arbeitsplatz) – ein schleswig-holsteinisches Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Bettina Küpper

Leiterin des Referates Prävention, Arbeitsmedizin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

**Für Kreuzworträtsler eine eher leichte Übung: Gesucht wird ein friesischer Mädchenname mit vier Buchstaben! Richtige Antwort: GESA. Seit 2002 steht GESA in Schleswig-Holstein auch als Abkürzung für „Gesundheit am Arbeitsplatz" – ein Netzwerk, das vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein ins Leben gerufen wurde.**

Das Netzwerk will Betriebe und Behörden in Schleswig-Holstein für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) gewinnen. Denn betriebliche Gesundheitsförderung rechnet sich für die Betriebe und für die Beschäftigten. Jede Ausfallzeit kostet den Betrieb unnötig Geld und die Beschäftigten unnötiges Leid.

Betriebliche Gesundheitsförderung hilft, die Gesundheit am Arbeitsplatz zu erhalten. Schon kleine Veränderungen am Arbeitsplatz können manchmal die Gesundheit spürbar und nachhaltig positiv beeinflussen und sich betriebswirtschaftlich rechnen. So zum Beispiel die Bereitstellung eines Stehpults für Beschäftigte im Bürobereich, um den Rückenbeschwerden entgegen zu wirken oder eine Verbesserung der Arbeitsabläufe, um den Stress zu reduzieren. Eine höhere Wertschätzung der eigenen Arbeit durch den Vorgesetzten kann einen wertvollen Beitrag leisten, um die Motivation der Beschäftigten zurück zu gewinnen, ebenso die erfolgreiche Umsetzung von Strategien zur Konfliktlösung, um erfolgreich miteinander anstatt gegeneinander im Team zu arbeiten.

Angestoßen durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren, haben sich im GESA-Netzwerk Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Unternehmensverbände, Gewerkschaften, Arbeitsschutzbehörden, Hochschulen, Berufs- und Fachverbände, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Beraterinnen und Berater als Kooperationspartner zusammen geschlossen. Sie alle haben – wenn auch auf unterschiedliche Weise – mit betrieblicher Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein zu tun: Sie initiieren, begleiten oder konzipieren Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, beraten und informieren schleswig-holsteinische Betriebe oder Behörden. Auch wenn ihre Motive vielfältig sind, wollen sie gemeinsam im Rahmen der GESA-Netzwerkarbeit mehr Betriebe in Schleswig-Holstein für die betriebliche Gesundheitsförderung gewinnen.

## Wie arbeitet Gesa?

GESA vernetzt schleswig-holsteinische Fachleute der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dadurch werden Informations- und Erfahrungsaustausch sowie Möglichkeiten der Kooperation geschaffen oder verbessert. Das GESA-Netzwerk erleichtert schleswig-holsteinischen Betrieben und Behörden, die betriebliche Gesundheitsförderung einführen wollen, die Kontaktaufnahme zu betrieblichen und überbetrieblichen Praktikern und Fachleuten im Land (z.B. über Veranstaltungen).

GESA macht erfolgreiche praktische Beispiele betrieblicher Gesundheitsförderung zum Beispiel über Veranstaltungen oder übers Internet bekannt, damit andere Betriebe und Behörden im Land davon lernen können.

Im Jahr 2009 wird GESA zum ersten Mal einen Preis an Betriebe vergeben, die innovative gesundheitsförderliche Prozesse zugunsten einer gesunden, motivierten und leistungsstarken Belegschaft initiieren.

Wie den zunehmenden psychischen Belastungen am Arbeitsplatz und ihren gesundheitlichen Folgen entgegen gewirkt werden kann, wird ein GESA-Schwerpunktthema im Jahr 2009 sein. Denn Zeit- und Leistungsdruck lassen die Arbeitsintensität an fast jedem Arbeitsplatz ansteigen. Wenn außerdem Konflikte im Team, unklare Anforderungen von Seiten der Vorgesetzten hinzukommen und das nötige Feedback für die Arbeit fehlt, führt dies auf Seiten der Beschäftigten oft zu unerträglichen psychischen Belastungen, die krank machen und zu hohen Fehlzeiten führen können. Nicht selten schlägt sich dies zum Beispiel in Muskel-/Skeletterkrankungen nieder, die in der Statistik der Arbeitsunfähigkeit ständig zunehmen. Das Netzwerk GESA wird sich daher im Rahmen von Veranstaltungen und anderen Formen der Öffentlichkeitsarbeit den psychischen Belastungen verstärkt zuwenden.

Nähere Informationen zur Arbeit des GESA-Netzwerks finden Sie unter:

www.gesa.schleswig-holstein.de.

# Patientenpräferenzen messen mit Discrete-Choice-Experimenten: Ein Blick über den rehabilitationswissenschaftlichen „Tellerrand“

Jörn Moock

Institut für Community Medicine, Abt. Methoden der Community Medicine, Universität Greifswald

Die Erhebung patientenberichteter Ergebnisparameter (engl.: patient-reported outcomes (PROs)) ist ein dynamisches, interdisziplinäres Forschungsfeld, an dem sich Medizin, Psychologie, Soziologie und Gesundheitsökonomie aktiv beteiligen und dazu beitragen, dass die subjektive Bewertung von Gesundheit und Krankheit Eingang in die Evaluation medizinischer Interventionen findet. Dass PROs auch aus gesundheitspolitischer Sicht von hoher Bedeutung sind, lässt sich z.B. durch die Veröffentlichung des Diskussionspapiers der European Medicines Agency (EMEA) über die Verwendung von Messverfahren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EMEA 2005) oder der von der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) herausgegebenen Anleitung zur Verwendung von PRO-Instrumenten zur Bewertung medizinischer Technologien (FDA 2006) belegen. Auch in Deutschland werden PROs vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bei der Bewertung medizinischer Interventionen als wichtige Ergebnisparameter berücksichtigt (IQWiG 2007). Darüber hinaus ist mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ermächtigt, das IQWiG nach § 139 b Abs. 1 SGB V auch mit der gesundheitsökonomischen Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln zu beauftragen. In diesem Zusammenhang spielen patientennahe Ergebnisparameter im Allgemeinen und die Messung von Patientenpräferenzen im Besonderen eine wichtige Rolle.

In jüngster Zeit haben verschiedene Ansätze zur Messung von Patientenpräferenzen auch in der Rehabilitationsforschung Beachtung gefunden (Moock & Kohlmann 2008, Bethge 2009). Grundsätzlich können zwei Ansätze unterschieden werden. Das Konzept der qualitätsbereinigten Lebensjahre (Quality-Adjusted Life Years (QALYs)), in dem präferenzbasierte Daten zur Lebensqualität mit der Lebenszeit verknüpft werden, ist gegenwärtig sowohl national als auch international das am häufigsten eingesetzt Verfahren (Zentner & Busse 2006). Im Sinne einer „gemeinsamen Währung“ erfolgt hier die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Form einer eindimensionalen Maßzahl, einem Nutzwert („utility“), der die Präferenzen zwischen verschiedenen Gesundheitszuständen auf einer kardinalen Skala, die in der Regel von 0 (Tod) bis 1 (vollständige Gesundheit) reicht, abbildet. Zur direkten Bestimmung der Nutzwerte werden vor allem drei Verfahren eingesetzt: (1) das Standard-Gamble-Verfahren, (2) das Time-Trade-Off-Verfahren, und (3) das Rating-Scale-Verfahren. In diesen Verfahren geben die Befragten in systematischer Weise Präferenzurteile ab, aus denen durch geeignete Berechnungsvorschriften die gesuchten Nutzwerte für den zu bewerteten Gesundheitszustand ermittelt werden.

Eine Alternative zum QALY-Konzept bietet der Discrete-Choice-Ansatz, der in jüngster Zeit auch in der Rehabilitationsforschung Beachtung findet (Bethge 2009). Auch der *vffr* fördert aktuell ein Projekt mit dem Titel „Motivation und Präferenzen adipöser Patienten zur dauerhaften Gewichtsreduktion in der Rehabiliation“, in dem das Discrete-Choice-Verfahren Anwendung findet. Discrete-Choice-Experimente (DCE) werden schon seit 40 Jahren in verschiedenen Bereich der Wirtschaftswissenschaften (z.B. Marketing) eingesetzt. Eine Übersicht zu Discrete-Choice-Experimenten im Gesundheitswesen geben Ryan und Gerard (2003) und Kjaer (2005).

Der Discrete-Choice-Ansatz geht davon aus, dass Personen sich für die Alternative entscheiden, welche ihnen voraussichtlich den größten Nutzen bietet. Als eine multiattributive Bewertungsmethode wird im Rahmen eines Discrete-Choice-Experimentes eine bestimmte Gesundheitsleistung durch mehrere Attribute (Eigenschaften und Merkmalsausprägungen) charakterisiert. Den Befragten werden dann verschiedene alternative Beschreibungen dieser Gesundheitsleistung vorgegeben. Anhand dieser Alternativen werden die Befragten gebeten, aus den verschiedenen Alternativen eine Wahl („Choice“) zu treffen. Ziel ist es, die am häufigsten präferierte Alternative zu ermitteln. Die so erfassten Patientenpräferenzen erlauben dann die quantitative Beschreibung des Nutzens einer Gesundheitsleistung.

Ernst Moritz Arndt Universität Greifswald

Grundsätzlich können DCE schriftlich in Form eines Fragebogens oder als Interview durchgeführt werden. Im Wesentlichen umfasst die Durchführung eines DCE fünf Schritte: (1) Auswahl relevanter Attribute, (2) Auswahl relevanter Merkmalsausprägungen, (3) Auswahl zu bearbeitender Entscheidungssets, (4) Datenerhebung, (5) Datenanalyse. Für die Wahlentscheidungen, die die Befragten im Rahmen eines DCE zu treffen haben, müssen vorab hypothetische Szenarien entwickelt werden. Möchte man z.B. die Patientenpräferenzen hinsichtlich des Umfangs und Inhalts des Anschreibens der Reha-Klinik vor Beginn der Reha-Maßnahme ermitteln, ist die Erfassung der in Tabelle 1 dargestellten Eigenschaften und Merkmalsausprägungen vorstellbar.

Tabelle 1. Eigenschaften und Merkmalsausprägungen

| | |
|---|---|
| Persönliche Ansprache des Chefarztes | nein<br>ja |
| Informationsumfang zur Rehabilitationsbehandlung | keine<br>kurz<br>umfassend |
| Informationsumfang zu möglichen Freizeitaktivitäten | keine<br>kurz<br>umfassend |
| Eingang des Informationsbriefes beim Reha-Patienten | 1 Woche vorher<br>2 Wochen vorher |

Die in der Tabelle 1 betrachteten Eigenschaften und Ausprägungen, lassen sich insgesamt zu 36 Szenarien (Merkmalsausprägungen: 2x3x3x2) kombinieren. Da eine Person nicht in der Lage ist alle möglichen Kombinationen der Szenarien zu beurteilen, wird mit geeigneten computergestützten Optimierungsprogrammen eine Auswahl aus allen möglichen Konstellationen getroffen. Die verschiedenen Szenarien können dann den Studienteilnehmern in Form von zwei Wahlalternativen vorgelegt werden, mit der Bitte sich für ein Szenario zu entscheiden. In Abbildung 1 ist eine solche Wahlentscheidung exemplarisch dargestellt. Mit Hilfe geeigneter Regressionsverfahren lassen sich nun die Präferenzwerte ermitteln.

Discrete-Choice-Experimente finden zunehmend Anwendung innerhalb des Gesundheitssystems und insbesondere in der gesundheitsökonomischen Evaluation. Allerdings gibt es ähnlich dem QALY-Konzept einige methodische Schwächen.

Die Discrete-Choice-Methode basiert auf der Annahme, dass Personen diejenigen Gesundheitsleistungen auswählen, welche ihnen aufgrund der Eigenschaften und Merkmalsausprägungen den größtmöglichen Nutzen stiften. Dies setzt jedoch voraus, dass die Befragten in der Lage sind entsprechend rational zu handeln und dass sie den möglichen Nutzen bewerten können. Insbesondere die Frage, ob Patienten bzw. Versicherte in der Lage sind, eine rationale Entscheidung zwischen verschiedenen Wahlmöglichkeiten zu treffen, ist gegenwärtig noch nicht beantwortet.

Trotz dieser methodischen Unsicherheiten könnte der Discrete-Choice-Ansatz in den kommenden Jahren eine Methode darstellen, mit der Patientenpräferenzen gemessen werden können und so Eingang in den Entscheidungsprozess im Gesundheitssystem finden.

Abbildung 1. Beispiel eines Entscheidungssets zur Bewertung des Patientenanschreibens

| | **Alternative A** | **Alternative B** |
|---|---|---|
| Persönliche Ansprache des Chefarztes | ja | ja |
| Informationsumfang zur Rehabilitationsbehandlung | keine | umfassend |
| Informationsumfang zu möglichen Freizeitaktivitäten | kurz | keine |
| Eingang des Informationsbriefes beim Reha-Patienten | 1 Woche vorher | 1 Woche vorher |
| Welche Alternative würden Sie bevorzugen<br>(*Bitte kreuzen Sie nur ein Feld an*) | ☐ | ☐ |

**Literatur:**
Das Literaturverzeichnis kann beim Autor angefordert werden.

**Kontakt:**
joern.moock@uni-greifswald.de

# Aktueller Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“

Die adäquate Versorgung chronisch kranker Menschen erfordert eine Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen sowie deren aktive Beteiligung. Hierzu sollen im Rahmen des durch die Bundesministerien für Bildung und Forschung (BMBF), für Gesundheit (BMG) sowie für Arbeit und Soziale (BMAS) und die Deutsche Rentenversicherung, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. gemeinsam initiierten Förderschwerpunkts zur versorgungsnahen Forschung im Bereich “Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ Konzepte entwickelt und evaluiert werden. Ein besonderes Augenmerk soll dabei auf die Komplexität der Versorgung von chronisch kranken Menschen gerichtet werden, indem gezielt medizinische, rehabilitative und sektorenübergreifende Fragstellungen integriert werden.

Von ursprünglich 385 eingereichten Vorhaben wurden in einem zweistufigen Begutachtungsprozess letztlich 41 Projekte zur Förderung ausgewählt, die sich vier verschiedenen Modulen zuordnen lassen: (1) Forschungsvorhaben zur sektorenübergreifenden Versorgung, (2) Forschungsvorhaben zur rehabilitativen Versorgung durch die Deutsche Rentenversicherung, (3) Forschungsvorhaben zur gesundheitlichen Versorgung durch die Krankenversicherung, (4) Wissenschaftliche Grundlagen der versorgungsnahen Forschung. Neun der 41 geförderten Projekte sind im Einzugsgebiet des *vffr* (Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein) zu verorten, wobei es sich bei den jeweiligen Projektleitern überwiegend um Mitglieder des *vffr* bzw. deren Mitarbeiter handelt, was die wissenschaftlich hochkarätige personelle Besetzung des *vffr* besonders unterstreicht (vgl. Tab. 1).

Nähere Informationen zur Arbeit des Förderschwerpunkts und den verschiedenen Forschungsprojekten, die inzwischen zumeist seit gut einem Jahr laufen, werden auf einer eigens dafür eingerichteten Webseite zur Verfügung gestellt.

(www.forschung-patientenorientierung.de)

Tabelle 1. Projekte des Förderschwerpunkts „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ im Einzugsgebiet des vffr

| |
|---|
| **Modul 1: Sektorenübergreifende Versorgung** |
| ***Projekt***: Psychosoziale Intervention bei Angehörigen von Personen mit chronischer Alkoholabhängigkeit<br>***Leitung***: Dr. Gallus Bischoff, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck |
| ***Projekt***: Entwicklung und Evaluation eines interaktiven Informationssystems für PatientInnen mit chronischen Erkrankungen<br>***Leitung***: Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| ***Projekt***: Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation: Prozess- und Ergebnisqualität eines E-Mental-Health-Moduls<br>***Leitung***: Dr. Birgit Watzke, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| **Modul 2: Rehabilitative Versorgung durch die Deutsche Rentenversicherung** |
| ***Projekt***: „Rehabilitationsnachsorge – ein neues Credo für Rehabilitationskliniken“<br>***Leitung***: Dr. Ruth Deck, Universität zu Lübeck |
| **Modul 3: Gesundheitliche Versorgung durch die Krankenversicherung** |
| ***Projekt***: Risikoadaptierte Patienteninformation und -schulung bei unspezifischen Rückenschmerzen i.d. Allgemeinarztpraxis<br>***Leitung***: Prof. Dr. Thomas Kohlmann, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald |
| **Modul 4: Wissenschaftliche Grundlagen der versorgungsnahen Forschung** |
| ***Projekt***: Entwicklung, Überprüfung und Implementierung eines ICF-basierten Instruments zu Aktivitäten und Partizipation für Patienten mit psychischen Erkrankungen<br>***Leitung***: Dr. Sylke Andreas, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| ***Projekt***: Validierung und Normierung des Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB) bei chronischen Erkrankungen<br>***Leitung***: Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| ***Projekt***: Gesundheitskompetenz von türkischstämmigen Diabetikern in Abhängigkeit von Krankheitsverlauf, Versorgungskonzept, sozioökonomischem Status und Integration<br>***Leitung***: Dipl.-Psych. Christopher Kofahl, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| ***Projekt***: Qualitätskonzept „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ als Ansatz patientenorientierter, partizipativer Versorgungsgestaltung<br>***Leitung***: Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Dr. Stefan Nickel, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |

*(S. Rabung und I. Engert)*

## Vereinsgründung Zentrum Patientenschulung e. V.

*"Patientenschulung in der Rehabilitation"*

Am 6. November 2008 wurde in Würzburg der Verein Zentrum Patientenschulung e. V. gegründet. Ziel ist die Optimierung der Patientenschulung in der Rehabilitation und in anderen Versorgungsfeldern. Der Verein richtet sich an Schulungsleiter/Dozenten, Rehabilitationseinrichtungen und andere Schulungsanbieter, Sozialleistungsträger und Forschungsinstitutionen. Im Rahmen eines Projekts Zentrum Patientenschulung wurden in den zurückliegenden Jahren eine Reihe von Serviceangeboten für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation aufgebaut, die stark nachgefragt werden. Dazu zählen eine Homepage mit Datenbank für Patientenschulungen und Train-the-Trainer-Börse sowie Unterstützungsangebote bei der Manualerstellung und Evaluation von Patientenschulungen. Der Verein wird diese bereits etablierten Serviceangebote auf der Homepage weiter pflegen. Zudem sollen Fortbildungsangebote für Trainer in der Patientenschulung angeboten sowie der Austausch zwischen Praktikern, Wissenschaftlern und Rehabilitationsträgern gefördert werden. Zusätzlich werden individuelle Beratungen angeboten. Mitglieder im Verein können natürliche Personen, Rehabilitationseinrichtungen sowie Rehabilitationsträger werden. Sie erhalten u. a. kostenfreie Beratungen und verbilligte Teilnahme an Veranstaltungen. Angehörige einer Interessengemeinschaft werden regelmäßig kostenfrei über Aktivitäten und Entwicklungen informiert. Weitere Information und Beitrittserklärungen zum Verein sind zu finden unter: www.zentrum-patientenschulung.de.

### Termine

- Die nächste ordentliche **Mitgliederversammlung** findet am 3. Juli 2009 in Würzburg statt. Hierzu sind auch Interessierte eingeladen.
- Im Rahmen der 17. Jahrestagung der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen e. V. (GRVS) richtet das Zentrum Patientenschulung einen **Tagungsblock** zum Thema "Patientenschulung in der Rehabilitation - Neue Entwicklungen" aus. Schwerpunkte sind Patientenschulungen bei Diabetes und Adipositas, die theoretische Fundierung von Schulungen und moderne Möglichkeiten der telefonischen Nachsorge und Online-Schulung. Der Block findet am 18. Juni 2009, von 13:00 bis 16:00 Uhr in der Hartwaldklinik Bad Brückenau statt. Weitere Informationen finden Sie unter: http://www.grvs.de/kongress.htm.

## Gemeinsame Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) vom 23. bis 25.09.2009 in Hamburg

*„Solidaritäten im Wandel“*

Der gemeinsame Kongress der DGSMP und der DGMS trägt den Titel »Solidaritäten im Wandel«. Angesprochen werden damit nicht nur die sich wandelnden »solidarischen« Versichertengemeinschaften, sondern auch die allgemeine Solidarität zwischen Arm und Reich, kleinräumige alte und neue Solidaritäten in Familie und Nachbarschaft, Selbsthilfezusammenschlüsse, »Communities« im Internet u.a.m.
Das Thema »Solidaritäten« in all seinen Facetten gewinnt besonders vor dem Hintergrund demografischer sowie gesundheits- und sozialpolitischer Veränderungen sowohl für die Sozialmedizin als auch für die Medizinsoziologie an Bedeutung. Die Tagung soll die Möglichkeit bieten, eine Bestandsaufnahme des Wissens zu diesem Thema vorzunehmen und spezifische Aspekte im Rahmen der Plenarveranstaltungen, Fachbereiche, Arbeitsgruppen und Workshops und Symposien zu diskutieren. Dabei kann z. B. die Solidarität im System der gesundheitlichen Versorgung, der Umgang mit benachteiligten, vulnerablen, multimorbiden oder chronisch erkrankten Bevölkerungsgruppen oder die Analyse von sozialen Einflüssen auf Gesundheit und Krankheit im Vordergrund stehen.
Wir freuen uns auf Ihre interessanten Beiträge und einen lebendigen Kongress und hoffen, dass Sie sich an den Kongresstagen in Hamburg wohl fühlen werden.

Mit herzlichen Grüßen

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan
Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck
im Namen des lokalen Organisationskomitees.

Weitere Informationen im Internet unter: http://www.uke.de/extern/dgsmp-dgms2009/

## 8. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung vom 01. bis 03.10.2009 in Heidelberg

*„Versorgungs-strukturen und Qualität in Zeiten unsicherer Finanzierung“*

Anfang Oktober 2009 richten wir im Rahmen des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung (DNVF) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) den 8. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und die 43. Jahrestagung der DEGAM gemeinsam aus. Die diesjährige Veranstaltung steht unter dem Kongressthema "Versorgungsstrukturen und Qualität in Zeiten unsicherer Finanzierung".
Die zahlreichen Themen des Kongresses verdeutlichen dessen inhaltliche Breite und die damit verbundene Anschlussfähigkeit an verschiedenste Interessenslagen und Zielgruppen. Der Kongress soll in gleichem Maße Mediziner, Psychologen, Soziologen, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, Studierende dieser Fachrichtungen sowie Mitarbeiter von Pharmaunternehmen, Kostenträgern, Gesundheitsbehörden, politische Entscheidungsträger und Angehörige weiterer pflegerisch-therapeutischer Berufe im Gesundheitswesen ansprechen. Die Themen "Versorgungsstrukturen und Qualität in Zeiten unsicherer Finanzierung", "Allgemeinmedizin", "Methodik" und "Spezial / Freie Vorträge" der vier Kongress-Tracks stehen für die Herausforderung, sowohl Fragen der Allgemeinmedizin, als auch die Perspektive der Versorgungsforschung mit methodischen Aspekten zu verbinden und somit eine Brücke zwischen Forschung und Praxis zu bauen.
Insbesondere soll der Kongress auch junge Praktiker und Forscher ansprechen. Durch die aktive Beteiligung des wissenschaftlichen Nachwuchses am Kongress soll der Austausch mit den erfahrenen Teilnehmern, und dies auch im internationalen Maßstab, ermöglicht und gefördert werden.

Wir laden Sie herzlich dazu ein, sich aktiv am 8. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und dem 43. DEGAM-Kongress zu beteiligen und freuen uns darauf, Sie in Heidelberg begrüßen zu dürfen.

Die Kongresspräsidenten
Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi für die DEGAM
Prof. Dr. med. Holger Pfaff für das DNVF

Weitergehende Informationen finden Sie unter: www.dkvf2009.de.

## 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM) vom 01. bis 03.10.2009 in Leipzig

*„Gene, Umwelt und Gesundheit“*

Die DGVM-Tagung 2009 widmet sich einem Themengebiet, das in den vergangenen Jahren aufregende Befunde geliefert hat. Während in der Vergangenheit die Debatte um die Bedeutung der genetischen Anlagen bzw. der Umwelteinflüsse oft nicht nur forschungsbasiert sondern immer wieder auch als ideologischer Grabenkampf geführt wurde, zeigen jüngere Forschungsergebnisse neue Wege auf. Undenkbar für die Vertreter der gegensätzlichen Positionen – die entweder den Genen oder der Umwelt eine absolute Einfluss-Dominanz auf Gesundheit und Krankheit zuschreiben – wird nun ein Wechselspiel beider Einflüsse überdeutlich. Es scheint, als lassen sich die Positionen in Aufsehen erregender Weise vereinen.
Die Fragen zur Gen-Umwelt-Interaktion sollen den Kongress jedoch nicht monopolisieren. Die Breite des Feldes der Verhaltensmedizin wird sich u. a. in Symposien zu Migration und Gesundheit, zur Bedeutung der Angehörigenpflege von alten Menschen mit hoher Morbidität, zur Versorgungsforschung und zu klassischen Themenbereichen wie somatoforme Störungen oder chronischer Schmerz zeigen.

Wir freuen uns auf den Kongress in Leipzig und auf Sie!

Für das Organisations- und das Wissenschaftliche Komitee

Elmar Brähler & Birgit Kröner-Herwig

Weitere Informationen im Internet unter: http://www.gene-umwelt-gesundheit-2009.de/

## 5. Reha-Symposium des *vffr* am 23.11.2009 in Lübeck:

# Brücken bauen! Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation: Probleme und Lösungen.

*„Brücken bauen! Schnittstellen in der medizinischen Rehabilitation: Probleme und Lösungen."*

Der große Erfolg der vorherigen Tagungen des *vffr* zusammen mit dem Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Lübeck hat uns zu einem weiteren interdisziplinären Symposium ermuntert. Unterstützung erhält diese Tagung durch zwei weitere tatkräftige Mitveranstalterinnen, die Deutsche Rentenversicherung Nord und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege.
Das fünfte Symposium befasst sich mit den Schnittstellen im gesamten Rehabilitationsprozess, beginnend bei der Früherkennung des Reha-Bedarfs bis hin zur Wiedereingliederung in Beruf und Alltag. Hierzu möchten wir Sie ganz herzlich einladen!
Wir wollen mit der Tagung Modelle vorstellen, die im gegliederten System der Sozialversicherung eine Kontinuität der Behandlung bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten gewährleisten. Wir erwarten von diesen neuen Ansätzen nicht nur eine höhere Wirksamkeit der Interventionen, sondern auch eine bessere Akzeptanz und eine höhere Zufriedenheit sowohl bei den Patientinnen und Patienten als auch bei den beteiligten Gesundheitsberufen.
Die Tagung gibt uns die Gelegenheit, die unterschiedlichen Erfahrungen direkt mit den Beteiligten zu diskutieren. Schließlich soll die Tagung auch dazu anregen, über künftige Perspektiven und neue Wege in der Rehabilitation nachzudenken.
Einen Flyer mit Hinweisen zum Programm und zur Organisation des Symposiums sowie ein Anmeldeformular finden Sie auf der Homepage des vffr unter www.reha-vffr.de (in der Rubrik Veranstaltungen).

*Ruth Deck, Nathalie Glaser-Möller, Thomas Remé*

## Aus dem Programm:

**Überblicksreferate**
- Probleme bei der Kommunikation und der Zusammenarbeit reha-relevanter Akteure *(H. Raspe, Uni Lübeck)*
- Strategische Überlegungen zur Überwindung von Schnittstellen *(J. Miede, DRV Braunschweig-Hannover)*
- Gesundheitsökonomische Aspekte der integrierten Versorgung *(Ch. Kraut, MHH Hannover)*

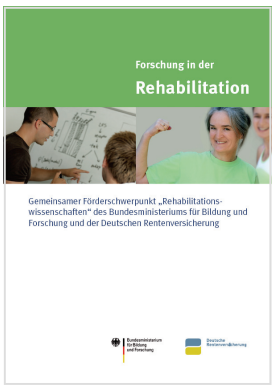
**Probleme und Lösungsansätze: Geregelte Behandlungsprozesse**
- Integrierte Versorgung bei chronischen Rückenschmerzen *(T. Kohlmann, Uni Greifswald)*
- Einführung einer Reha-Prozessleitlinie in den Klinikalltag *(P. Schönrock-Nabulsi, Röpersbergklinik Ratzeburg)*

**Probleme und Lösungsansätze: Case Management in der Praxis**
- Mit Rückenschmerzen im beruflichen Alltag – Welche Lösungsansätze bietet die Berufsgenossenschaft? *(I. Graupner, BGW Hamburg)*
- Gelebte „Nachsorge" erfordert Paradigmenwechsel in Reha-Kliniken *(A. Hüppe, R. Deck, S. Schramm, Uni Lübeck)*
- Begleitende Nachsorge bei stufenweiser Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation *(W. Bürger, fbg Karlsruhe)*
- Berufliches Eingliederungsmanagement und vernetzte psychosomatische Rehabilitation *(M. Linden, Teltow/Berlin)*

**Podiums– und Plenumsdiskussion**
- Organisierte Schnittstellen im Kreuzfeuer von Gesundheitsökonomie, Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit: wer profitiert, wer hat das Nachsehen? *(W. Egelkraut, DRV Nord; A. Forster, AOK SH; W. Hempel, Median-Gruppe; E. Hoberg, Mühlenbergklinik; H. Markus, Schwerpunktpraxis; Moderation: H. Raspe, Universität Lübeck)*

Die Veranstaltung wird durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein als ärztliche Fortbildung für die Erlangung des Fortbildungszertifikats anerkannt.

# Literaturhinweise




Deutsche Rentenversicherung Bund,
Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.)

## Forschung in der Rehabilitation

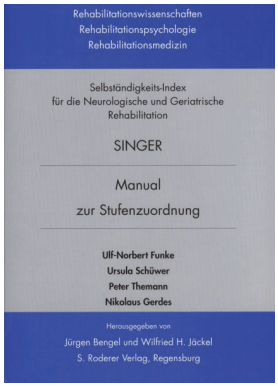
Angesichts der wachsenden medizinischen und ökonomischen Bedeutung der Rehabilitation bei der Versorgung chronisch Kranker ist es notwendig, die Praxis der Rehabilitation kontinuierlich zu verbessern. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Deutsche Rentenversicherung haben daher von 1998 bis 2007 gemeinsam den Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften" durchgeführt. Ziel war es, die Rehabilitationswissenschaften in Deutschland zu stärken und weiterzuentwickeln.

Zum Abschluss des Förderschwerpunkts stellen die beiden Förderer jetzt in der 64-seitigen Broschüre „Forschung in der Rehabilitation" ausgewählte Ergebnisse mit ihren konkreten Auswirkungen auf die Praxis, aktuelle Umsetzungsaktivitäten und strukturelle Effekte des Förderschwerpunkts "Rehabilitationswissenschaften" vor.

Die kostenlose Broschüre und weitere Auskünfte sind erhältlich bei:

Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
Bereich 0420 Reha-Wissenschaften
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Verena Pimmer
10704 Berlin
E-Mail: verena.pimmer@drv-bund.de

Die Broschüre als pdf-Datei sowie Informationen über den Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften" und seine Forschungsverbünde sind auch online im Internetauftritt der Deutschen Rentenversicherung verfügbar: www.deutscherentenversicherung.de, Pfad: Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Reha-Wissenschaften > Förderschwerpunkte > Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften).




Ulf-N. Funke et al.

**Selbständigkeits-Index für die Neurologische und geriatrische Rehabilitation**

Roderer-Verlag, 106 S., 22,90 € .
ISBN 978-3-89783-655-6

Der SINGER ist ein ICF-basiertes Assessment-Instrument, das mittels Fremdeinschätzung mit 20 Items die Selbstständigkeit im Alltagsleben erfasst. In der neurologischen und geriatrischen Rehabilitation kann er zur Definition von Therapiezielen, zur Therapieplanung, zur Zwischenprüfung von erzielten Fortschritten und zur Begründung von Verlängerungsanträgen sowie zur Entlassungsplanung und zur Erfolgskontrolle eingesetzt werden.

Felix Welti (Hg.)

**Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger**

Lit-Verlag, 152 S., 24,90 € .
ISBN 3-643-10156-3

Der Band dokumentiert eine Tagung des Sozialrechtsverbundes Norddeutschland am 6./7.11.2008 in Neubrandenburg zu den Themen „Rehabilitation im Sozialleistungssystem aus Sicht von Recht und Sozialpolitik", „Betriebliches Eingliederungsmanagement und Prävention aus Sicht von Recht und Praxis", „Rehabilitation, Schnittstellen und Integrierte Versorgung aus Sicht von Recht, Politik und Ökonomie" sowie „Vorrang von Rehabilitation vor Pflege aus Sicht von Recht, Pflegewissenschaft und Praxis".

# Termine 2009 / 2. Hj.

30.06.2009 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.
„Evaluation des Heilverfahrens der Unfallversicherung“ (Prof. T. Kohlmann). Ort: Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Info: Dr. Sven Rabung, Tel. 040/7410-58138, Mail: srabung@uke.de. Zeit: 15:30-17.00

03.07.2009 **"RehaUpdate" des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg / Bad Säckingen** in Freiburg.
„Behandlungskonzepte für Migranten in Rehabilitationskliniken – am Beispiel psychischer Erkrankungen“ (Dr. J. Ilhan) und „Evidenzbasierte Medizin und die Cochrane Collaboration: Relevanz auch für die Rehabilitationsmedizin“ (Dr. B. Lang, Dr. G. Antes). Ort: Psychologisches Institut, Engelbergerstr. 41, Freiburg. Zeit: 13.30-17.30 Uhr. Info: www.fr.reha-verbund.de

Sommer 2009 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern**.
Informationen zu Termin und Veranstaltungsort lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Infos demnächst unter: www.community-medicine.de, www.reha-vffr.de oder bei Dr. Jörn Moock (Institut für Community Medicine, Universität Greifswald), Tel. 03834/86-7762, Mail: joern.moock@uni-greifswald.de.

15.07.2009 **Vernetzungstreffen „Forschung in der Suchtrehabilitation“** in Hamburg.
Ort: Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Info: Dr. Sven Rabung, Tel. 040/7410-58138, Mail: srabung@uke.de. Zeit: 17:30-20.30

02.09.2009 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
„Arbeit, Alter und Gesundheit - Herausforderungen für die Rehabilitation - ein Beitrag aus Sicht der Arbeitsmedizin“ (Prof. M. Hasselhorn). 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.

03.09.2009 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.
„Assessmentinstrumente in der medizinischen Rehabilitation: ein kritischer Überblick“ (Dr. J. Moock, Prof. T. Kohlmann:). Ort: Seminarraum des Schwesternwohnheims des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160. Zeit: 16:30-18:00 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/799-2513, Mail: ruth.deck@uk-sh.de.

04.-05.09.2009 **Tagung und Symposium der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)** in Göttingen.
Leitthema „Gehirn und Gesundheit“. Ort: Deutsches Theater (Theaterplatz 11, 37073 Göttingen) und Universitäts-Klinikum Göttingen (Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen). Nähere Info unter. www.medpsych.med.uni-goettingen.de/dgmp.

12.09.2009 **Deutscher Reha-Tag** deutschlandweit.
Motto für 2009: „REchtzeitig HAndeln - Reha sichert Zukunft“. Aktionen in bundesweit 200 Orten geplant am und um den 12. September 2009. Informationen unter: www.rehatag.de.

17.-19.09.2009 **3. Summerschool der Arbeitsgemeinschaft Methoden der DGRW** in Würzburg.
"Methodische Grundlagen in der Rehabilitationsforschung". Ort: Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie (Klinikstraße 3, 97070 Würzburg) der Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Information und Anmeldung: Dipl.-Psych. Michael Schuler, Tel. 0931/312573, E-Mail m.schuler@uni-wuerzburg.de. Infoflyer unter: www.dgrw-online.de.

22.-25.09.2009 **Fortbildungsveranstaltung der Deutsche Rentenversicherung** in Schloss Schönberg.
„Selbstmanagement als Ziel der Rehabilitation: Gesundheitstraining und Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation“ (Veranstaltung 0435.1910). Ort: Schloss Schönberg, Bildungsstätte der Deutschen Rentenversicherung, Neuer Schlossweg, 64625 Erkner. Nähere Infos unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de.

23.-25.09.2009 **45. Jahrestagung der Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. und der Dt. Ges. f. Medizinische Soziologie (DGSMP und DGMS)** in Hamburg.
Thema: „Solidaritäten im Wandel“. Ort: Handwerkskammer Hamburg, Holstenwall 12, 20355 Hamburg. Info: www.uke.uni-hamburg.de/extern/dgsmp-dgms2009/.

# Termine 2009 / 2. Hj. (Forts.)

Herbst 2009 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern**.
Informationen zu Termin und Veranstaltungsort lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Infos demnächst unter: www.community-medicine.de, www.reha-vffr.de oder bei Dr. Jörn Moock (Institut für Community Medicine, Universität Greifswald), Tel. 03834/86-7762, Mail: joern.moock@uni-greifswald.de.

01.-03.10.2009 **12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)** in Leipzig.
Leitthema „Gene, Umwelt und Gesundheit". Ort: Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Carl-Ludwig-Institut, Liebigstraße 27, 04103 Leipzig. Info: www.gene-umwelt-gesundheit-2009.de.

01.-03.10.2009 **8. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 43. DEGAM-Kongress** in Heidelberg. Themen: "Versorgungsstrukturen und Qualität in Zeiten unsicherer Finanzierung", "Allgemeinmedizin", "Methodik" und "Spezial / Freie Vorträge" Ort: Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinische Klinik, Im Neuenheimer Feld 410, 69115 Heidelberg. Info unter: www.dkvf2009.de.

12.-14.10.2009 **Fortbildungsveranstaltung der Deutsche Rentenversicherung** in Schloss Schönberg.
„Einführung in die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation" (Veranstaltung 0435.1010/03). Ort: Schloss Schönberg, Bildungsstätte der Deutschen Rentenversicherung, Neuer Schlossweg, 64625 Erkner. Nähere Infos unter: www.deutsche-rentenversicherung.de.

30.10.-1.11.2009 **28. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation des BDP e.V.** in Berlin/Erkner.
"Psychische Störungen in der somatischen Rehabilitation". Ort: Bildungszentrum Erkner, Seestraße 39, 15537 Erkner. Info: www.reha-psychologie.net/ak_klips/jahrestagung.htm.

23.11.2009 **5. Reha-Symposium des vffr** in Lübeck.
"Brücken bauen! Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation: Probleme und Lösungen!" Ort: Senator Hotel Radisson SAS, Willy-Brandt-Allee 6, 23554 Lübeck. Zeit: 9:00-17:15 Uhr. Info: www.reha-vffr.de. Anmeldung und Tagungsbüro: Frau Zeuner, Tel. 0451/79925-14, Fax 0451/79925-22, E-Mail: christel.zeuner@uk-sh.de.

25.11.2009 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
Thema stand zu Redaktionsschluss noch nicht fest. 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.

03.-05.12.2009 **Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation e.V.** in Berlin.
"20 Jahre moderne Neurorehabilitation: Von der Intensivstation bis zur Versorgung des chronischen Patienten zu Hause". Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin (Mitte). Infos: www.conventus.de/dgnkn-dgnr2009.

10.12.2009 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.
„Rehabilitation bei Versicherten im mittleren Lebensalter (55plus)" (S. Richter, T. Krüger-Wauschkuhn). Ort: im Seminarraum des Schwesternwohnheims des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160. Zeit: 16:30-18:00 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/799-2513, Mail: ruth.deck@uk-sh.de.

11.-12.12.2009 **Workshop der DGRW und des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbunds Freiburg/Bad Säckingen (RFB)** in Freiburg.
"Reha 2020 - Neue Rollen und Aufgaben in der Rehabilitation". Ort: Hörsaal des Psychologischen Instituts, Universität Freiburg , Engelbergerstr. 41. Infos: www.dgrw-online.de, www.fr.reha-verbund.de.

Winter 2009 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern**.
Informationen zu Termin und Veranstaltungsort lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Infos demnächst unter: www.community-medicine.de, www.reha-vffr.de oder bei Dr. 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**:
Dr. 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 W26,
20246 Hamburg
Telefon: 040/7410-58138
Fax: 040/7410-54940
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 Rehabilitations-forschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein, erscheint in der Regel zweimal jährlich.

Die nächste Ausgabe der „**vffr-news**“ erscheint voraussichtlich im Dezember 2009.

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 W26, 20246 Hamburg
Telefon: 040/7410-58138
Fax: 040/7410-54940
E-Mail: srabung@uke.uni-hamburg.de

**ISSN 1866-5683 (Printausgabe)**

**ISSN 1866-5691 (Internetausgabe)**