

Die Inhalte:

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

In dieser Ausgabe:

vffr-news, die fünfte	1
Neues aus dem vffr	2
NVRF-News	7
Heilverfahren der Gesetzlichen Unfallversicherung	12
Umsetzung von Nachsorge	14
Rückblick: vffr-Symposium in Lübeck	16
Veranstaltungen, Neuerscheinungen & mehr	19
Impressum	24

"vffr-news" - mit allen fünf Sinnen...

Liebe Leserinnen und Leser,

Auch in der vorliegenden fünften 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 wieder Informationen zu aktuellen Reha- bzw. Rehaforschungsrelevanten Entwicklungen, insbesondere aus dem norddeutschen Raum, zusammengestellt.

Wie gewohnt beginnen wir mit Informationen aus dem vffr. Hier wollen wir Ihnen zunächst die im vergangenen Jahr zur Förderung durch den vffr bewilligten Forschungsprojekte vorstellen und Sie außerdem auf eine neue Initiative des vffr zur Förderung der Forschung im Bereich der Suchtrehabilitation aufmerksam machen.

Einen weiteren festen Bestandteil der vffr-news stellen daneben natürlich auch wieder die Seiten des Norddeutschen Verbunds für Rehabilitations-

forschung e.V. (NVRF) dar, in denen neben aktuellen Informationen aus der Verbundsarbeit die in der letzten Ausgabe der vffr-news begonnene Darstellung der einzelnen NVRF-Arbeitsgruppen fortgesetzt wird.

Besonders freuen wir uns darüber, dass auch wieder ein Kostenträger, in diesem Falle die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), einen Artikel zur aktuellen Ausgabe der vffr-news beisteuert, in dem die Neuausrichtung der Heilverfahren und Rehabilitationsmaßnahmen der DGUV dargestellt wird.

In einem weiteren Beitrag von Kostenträgerseite, namentlich der Deutschen Rentenversicherung Nord (DRV Nord), werden dann aktuelle Zahlen zur Verordnung und Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen nach einer Rehabilitationsmaßnahme durch die DRV Nord präsentiert.

In der Rubrik „Tagungsberichte“ findet sich schließlich noch ein ausführlicher Bericht zum vom vffr veranstalteten 5. Norddeutschen Reha-Symposium, das am 23. November 2009 in Lübeck stattfand.

Abgerundet werden die vffr-news wie gewohnt durch eine Auswahl an Tagungsankündigungen, Literaturhinweise und einen aktuellen Veranstaltungskalender.

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

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen ein schönes Weihnachtsfest sowie ein gesundes und erfolgreiches neues Jahr 2010!

Dr. Sven Rabung
Redaktion vffr-news



Neues aus dem vffr

Auf den folgenden Seiten wollen wir Sie über neue durch den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) geförderte Pro-

jekte informieren und auf eine neue Initiative des vffr zur Vernetzung der Forschung im Bereich der Suchtrehabilitation aufmerksam machen.

Einen Bericht zum vffr-Symposium, das im November

unter dem Titel „Brücken bauen! Schnittstellen in der medizinischen Rehabilitation: Probleme und Lösungen“ in Lübeck stattfand, finden Sie auf Seite 16.

Vorstellung neuer vffr-geförderter Projekte

Im vergangenen Jahr konnten durch den vffr wieder sechs neue Forschungsprojekte bewilligt werden.

Um Ihnen einen Einblick in die Vielfalt der Rehabilitationsforschung zu vermitteln, die mit Unterstützung des vffr reali-

siert wird, sollen diese Projekte im Folgenden zusammenfassend vorgestellt werden.

Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Menschen vor, während und nach Amputation

Antragsteller/ Projektleiter	Katrin Balzer ^a , Andrea Vogt-Bolm ^b , Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe ^a , Dr. Martin Vogel ^f , Prof. Dr. Uta Gaidys ^d , Prof. Dr. Christian Jürgens ^e
Einrichtungen	^a Institut für Sozialmedizin, UK SH, Lübeck, ^b Amputierten e.V. Nord, Hamburg, ^c Mühlenbergklinik, Bad Malente, ^d Department Pflege und Management, HAW, Hamburg, ^e Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus, Hamburg
Projektnr.	116
Geplante Laufzeit	12 Monate
Beteiligte Ein- richtungen/ Kooperationen	Dr. Klaus Schneider, UKE Hamburg; Dr. Horst Danner, RehaCentrum Hamburg; DRV Nord
Hintergrund	Die Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit bevorstehender oder erfolgter Amputation weist im Hinblick auf die Kontinuität und Abstimmung der Versorgung Defizite auf. Die für den Rehabilitationsverlauf und das Rehabilitationsergebnis bedeutsamen Faktoren, wie insbesondere die Förderung von Selbstpflegekompetenzen, wurden bisher noch nicht ausreichend systematisch erforscht.
Zielsetzung/ Fragestellung	Im Rahmen des geplanten Projekts soll untersucht werden, welche Erfahrungen Menschen vor, während und nach einer Amputation im Verlauf ihrer ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung machen. Dabei soll erfasst werden, welche Defizite die Betroffenen in ihrer Versorgung erleben und welche Unterstützung sie zur Förderung ihrer Selbstpflegekompetenzen benötigen. Auf der Grundlage dieser Analyseergebnisse sollen dann im Rahmen einer Expertenkonferenz Empfehlungen zur optimierten Versorgung von Menschen mit Amputationen diskutiert werden. Zielsetzung des Projektes ist die Entwicklung eines neuen multiprofessionellen Versorgungskonzeptes, das Menschen mit Amputationen ein selbstbestimmtes Leben und eine verbesserte gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht. Die Wirksamkeit dieses Konzeptes könnte dann in einer weiterführenden Studie überprüft werden.
Methodik	Im Rahmen einer qualitativen Studie sollen halb-strukturierte explorative Interviews mit Menschen mit Amputationen durchgeführt werden. Vorgesehen ist hier eine Fallzahl von N=32, wobei Geschlecht, Alter, Grunderkrankung und Grad der Teilhabestörung berücksichtigt werden. Für eine ergänzende Expertenkonferenz ist die Beteiligung von 10 Vertretern aller relevanten Versorgungsbereiche vorgesehen (ambulante Versorgung, Akutklinik, Orthopädietechnik, Rehaklinik, Sozialdienst, Betroffene).
Relevanz für die Praxis	Ein optimales Versorgungskonzept könnte dazu beitragen, die festgestellten Defizite zu verringern, die Selbstpflegekompetenzen der Betroffenen zu erhöhen und damit die Versorgung von Menschen mit Amputationen zu verbessern.



Einführung und Evaluation einer Rehaassistenz

Dr. Jürgen Höder^a, Dr. Andreas C. Arlt^a, Dr. Björn Hauptmann^b, Oliver Kettner^c, Jens Möller^d

^aKlinikum Bad Bramstedt, ^bSegeberger Kliniken, ^cRehazentrum Gyhum, ^dRehaklinik Damp

130

18 Monate

s.o.

Im vom vffr geförderten Projekt zur „Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation“ (Projekt-Nr. 118; vgl. vffr-news Nr. 3) wird untersucht, ob die verschiedenen Aufgaben, die in der Rehabilitation anfallen, optimal auf die beteiligten Berufsgruppen verteilt sind. Ein Ergebnis dieser Untersuchung legt nahe, dass Ärzte eine Vielzahl von Aufgaben bearbeiten, die an eine sogenannte „Rehaassistenz“ delegiert werden könnten. Durch eine derartige Assistenz sollte es dem Arzt ermöglicht werden, sich stärker genuin medizinischen Fragen zu widmen.

Im beantragten Projekt soll untersucht werden, ob, in welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen die Aufgabendelegation bzw. -übertragung möglich und zielführend ist. Dabei soll insbesondere überprüft werden, welche Auswirkungen der Einsatz einer Rehaassistenz auf die Zufriedenheit der Beteiligten (Ärzte, Rehaassistenten, Patienten) hat, welche Schwierigkeiten sich ggf. ergeben und ob sich möglicherweise Outcomes verändern.

In vier Reha-Kliniken (Orthopädie und Neurologie) sollen acht Reha-Assistentinnen zur Unterstützung von acht Ärzten eingesetzt werden. Vier Ärzte aus vier weiteren Kliniken ohne Reha-Assistenz werden zur Kontrolle in die Studie einbezogen. Zwei Monate nach der Einführung der Reha-Assistenz werden die teilnehmenden Ärzte zu ihren Erfahrungen (Erleichterungen, Schwierigkeiten) mündlich befragt.

Außerdem werden pro Klinik konsekutiv je 40 Patienten zu zwei Messzeitpunkten befragt, um Outcome und Zufriedenheit zu erfassen. Die Patienten der Interventionskliniken werden zusätzlich um eine Wahrnehmung und Bewertung der Reha-Assistenz gebeten. Ergänzend könnten mit Hilfe von historischen Vergleichsgruppen Veränderungsmessungen hinsichtlich Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, Qualität der Arztbriefe und Ergebnisparameter vorgenommen werden.

Sollte sich die Praktikabilität des Einsatzes einer Rehaassistenz bestätigen, so würde dies Ärzten erlauben, ihre Kernkompetenzen wieder in erster Linie auf medizinische Fragen anzuwenden oder sich schwierigeren Fällen intensiver widmen zu können.

Antragsteller/
Projektleiter

Einrichtungen

Projektnr.

Geplante
Laufzeit

Beteiligte
Einrichtungen/
Kooperationen

Hintergrund

Zielsetzung/
Fragestellung

Methodik

Relevanz für
die Praxis

Liveonline-Nachbetreuung von Patienten mit Adipositas nach einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (Campus Lübeck)

133

24 Monate

Dr. Jürgen Theissing, liveonline Coaching, Bad Arolsen; Prof. Dr. Bernhard Schwaab, Curschmann-Klinik, Klinikgruppe Dr. Guth, Timmendorfer Strand; Dr. Martin Raschke, Klinik Hellbachtal, Deutsche Rentenversicherung Bund, Mölln

Die abdominale Adipositas gilt als Leitsymptom des Metabolischen Syndroms. Das Metabolische Syndrom wird im Alter von über 40 Jahren bei 25-30% der deutschen Bevölkerung gefunden und gilt als wichtige Vorstufe sowohl für den Typ 2-Diabetes als auch für kardiovaskuläre Erkrankungen und ist damit von erheblicher sozialer und medizinischer Bedeutung. ...

Antragsteller/
Projektleiter

Einrichtung

Projektnr.

Geplante
Laufzeit

Beteiligte
Einrichtungen/
Kooperationen

Hintergrund



(Fortsetzung - Projekt 133)

Hintergrund (Forts.)	Da sich die Erfolge der stationären Rehabilitation adipöser Patienten als wenig nachhaltig erweisen, erscheint der Ausbau effizienter Nachsorgemaßnahmen zur Verstetigung des Rehabilitationserfolgs notwendig. Die Machbarkeit einer internetbasierten liveonline-Nachbetreuung bei Patienten mit Adipositas wurde bereits im Rahmen einer vom vffr geförderten Pilotstudie überprüft (Projekt-Nr. 120, vgl. vffr-news Nr. 4).
Zielsetzung/ Fragestellung	Im Rahmen der geplanten Studie soll untersucht werden, ob sich durch die Einführung liveonline durchgeführter Nachsorge-Gruppensitzungen die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Interventionen zur Reduktion von Taillenumfang und Gewicht bei Patienten mit abdomineller Adipositas nach stationärer medizinischer Rehabilitation verbessern lässt.
Methodik	Die Studie ist als prospektive, randomisierte Kontrollgruppenuntersuchung geplant. Die Zielgrößen werden zu vier Erhebungszeitpunkten mit standardisierten schriftlichen Patientenbefragungen erfasst (Reha-Beginn und -Ende, 6- und 12-Monats-Katamnese). Anvisiert ist eine Stichprobengröße von 436 (je 218 Patienten für die Kontroll- und Interventionsgruppe).
Relevanz für die Praxis	Ein niederschwelliges, ortsungebundenes Nachsorgeangebot, das auch Patienten in weniger gut versorgten Gebieten erreicht und gleichzeitig kostengünstig ist, könnte eine effiziente Ergänzung und Erweiterung bestehender Nachsorgeangebote darstellen.

Evaluation der „Methode BFW Hamburg – Individuelle Wege in Arbeit“

Antragsteller/ Projektleiter	Prof. Dr. Will Spijkers
Einrichtung	Lehr- und Forschungsgebiet „Berufliche Rehabilitation“, Institut für Psychologie der RWTH Aachen
Projektnr.	135
Geplante Laufzeit	30 Monate
Beteiligte Ein- richtungen/ Kooperationen	Berufsförderungswerk Hamburg
Hintergrund	Seit 2007 stellen die Berufsförderungswerke Deutschlands die Individualisierte Qualifizierung mit dem Ziel einer nachhaltigen Integration der Rehabilitanden in den Mittelpunkt. Die im BFW Hamburg eingesetzte „Methode BFW Hamburg – Individuelle Wege in Arbeit“ orientiert sich am allgemeinen Individualisierungs-Konzept „Nachhaltige Integration individuell gestalten“ der ARGE „Neues Reha Modell“. Das Hamburger Modell verfolgt die maximale Förderung der Integrationskompetenzen von Rehabilitanden auf fünf Ebenen: MarktFit, JobFit, SocialFit, BodyFit und QualiFit.
Zielsetzung/ Fragestellung	Im Rahmen des vorliegenden Forschungsvorhabens soll die Umsetzung der „Methode BFW Hamburg – Individuelle Wege in Arbeit“ wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Die Ergebnisqualität des Modells wird dabei im Hinblick auf die fünf Zieldimensionen und die nachhaltige Integration der Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt überprüft.
Methodik	Nach einer vorbereitenden Explorations-, Entwicklungs- und Informationsphase umfasst die eigentliche Evaluation zwei Schritte: Während der ersten Evaluationsphase erfolgt die Erfassung der Ausgangslage und eine erste Veränderungsmessung hinsichtlich der Zielkriterien (Integrationskompetenzen). In der zweiten Evaluationsphase wird dann die Wirksamkeit der Hamburger Methode hinsichtlich der nachhaltigen Integrationsfähigkeit und der tatsächlich erreichten Integrationsquoten überprüft. Um die Effekte der neuen Methode bewerten zu können, werden die Daten einer historischen Vergleichsgruppe ohne individualisierte Qualifizierung herangezogen. In die Evaluation sollen möglichst alle Teilnehmer der Methode BFW Hamburg (pro Halbjahr N = 250) eingeschlossen sowie mindestens 40 Mitarbeiter des BFW einbezogen werden.
Relevanz für die Praxis	Die Studienergebnisse sollen ein Urteil über die Qualität der neu eingeführten Methode im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und Integrationshäufigkeit der Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt ermöglichen.



Patienten-Edukations-Programm Immuntherapie für MS-Patienten (PEPIMS) – eine kontrollierte, Rater-verblindete Studie

Prof. Dr. Christoph Heesen, Dr. Sascha Köpke, Dr. Jürgen Kasper

Institut für Neuroimmunologie und Klinische Multiple Sklerose Forschung (inims), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

140

24 Monate

Segeberger Kliniken; RehaCentrum Hamburg; Quellenhof, Bad Wildungen

Multiple Sklerose (MS) ist die häufigste zu Behinderungen führende chronisch-entzündliche Erkrankung des Nervensystems, die junge Erwachsene in ihren produktivsten Jahren trifft. Entscheidungen über Immuntherapien sind zentrale Entscheidungssituationen für Menschen mit MS. Ausgewogene, evidenz-basierte Informationen als Voraussetzung für informierte und partizipative Entscheidungen fehlen jedoch weitgehend.

Ziel der geplanten Studie ist die Entwicklung und Evaluation eines interaktiven Schulungs- und Informationsprogramms zum Thema „Immuntherapie der MS“. Es wird erwartet, dass 1) relevantes Risikowissen und informierte Entscheidungen erhöht, 2) Kontrollgefühl, Entscheidungsautonomie und Zufriedenheit gesteigert, 3) Angst und Depressivität reduziert sowie 4) bei Entscheidung für eine Immuntherapie eine bessere Compliance mit dem Therapieregime erreicht werden. Ferner soll durch eine gesundheitsökonomische Analyse die Kosteneffektivität des Schulungsprogramms nachgewiesen werden.

Patienten mit einer geringen bis mäßigen Beeinträchtigung werden in eine prospektive, multizentrische, kontrollierte und Rater-verblindete Studie eingeschlossen. Zunächst wird die Kontrollgruppe (KG, N=150), danach die Interventionsgruppe (IG, N=150) rekrutiert. Patienten der IG erhalten eine ausführliche Informationsbroschüre und ein zweiteiliges Schulungsprogramm, Patienten der KG eine Standardrehabilitation. Hauptzielkriterium ist die „Informierte Entscheidung“ über den Beginn bzw. die Beibehaltung einer Immuntherapie. Postalische bzw. telefonische Patientenbefragungen finden zu vier Messzeitpunkten statt. Begleitend wird der Ressourcenverbrauch erfasst und gesundheitsökonomisch ausgewertet.

Interventionen zur Förderung von Patientenwissen resultieren in einer stärkeren Beteiligung der Patienten am Krankheitsmanagement. Neben einer Steigerung des Kontrollgefühls, der Entscheidungsautonomie und der Zufriedenheit der Teilnehmer mit Entscheidungsprozessen sollte sich dies auch in einer Steigerung der klinischen und ökonomischen Effektivität niederschlagen.

Antragsteller/
Projektleiter

Einrichtung

Projektnr.

Geplante
Laufzeit

Beteiligte
Einrichtungen/
Kooperationen

Hintergrund

Zielsetzung/
Fragestellung

Methodik

Relevanz für
die Praxis

Evaluation der beruflichen Reintegration nach hämatologischer Stammzelltransplantation

PD Dr. Christine Petersen-Benz

Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck

142

40 Monate

u.a. Reha-Klinik Schloss Schönhagen; Röpertsbergklinik Ratzeburg; Klinik Sonneneck, Wyk auf Föhr; Strandklinik Boltenhagen; Reha-Klinik Ahrenshoop; Reha-Klinik „Garder See“, Lohmen

Die hämatologische Stammzelltransplantation stellt ein aufwändiges und belastendes Therapieverfahren dar, das zur Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen eingesetzt wird. Die Durchführung des Verfahrens geht mit erheblichen Komplikationsrisiken einher. ...

Antragsteller/
Projektleiter

Einrichtung

Projektnr.

Geplante
Laufzeit

Beteiligte
Einrichtungen/
Kooperationen

Hintergrund



(Fortsetzung - Projekt 142)

Hintergrund (Forts.)	In sozialmedizinischer Hinsicht sind die somatischen und psychosozialen Langzeitfolgen und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit von besonderer Bedeutung. Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass onkologische Patienten nur zu einem geringen Prozentsatz von Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung profitieren. Die Ursachen hierfür konnten bisher nicht hinreichend geklärt werden.
Zielsetzung/ Fragestellung	Im Rahmen der geplanten prospektiven Studie sollen Angebot und Nachhaltigkeit von Beratungsmaßnahmen zur beruflichen Reintegration aus der Sicht von stammzelltransplantierten Patienten evaluiert werden. Dabei soll insbesondere geklärt werden, welche Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung von Seiten der Rehabilitationseinrichtungen eingeleitet werden, welche Probleme bei der Weiterführung der von der Reha-Klinik empfohlenen Therapiemaßnahmen auftreten und ob weiterführende Beratungsmaßnahmen angeboten werden und sich hieraus konkrete Maßnahmen ergeben.
Methodik	In eine explorative Längsschnittstudie sollen 50 Patienten im erwerbsfähigen Alter, die im Anschluss an eine erstmalige Stammzelltransplantation eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen, konsekutiv eingeschlossen werden. Die teilnehmenden Patienten werden zu vier Messzeitpunkten mündlich (Reha-Ende) bzw. schriftlich befragt (nach 6, 12 und 24 Monaten). Wichtigste Zielkriterien sind die berufsbezogenen Beratungsangebote und deren Umsetzung in konkrete Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.
Relevanz für die Praxis	Die Ursachen für die geringe Reintegrationsquote bei onkologischen Patienten konnten bisher nicht hinreichend geklärt werden. Die vorliegende Studie könnte Hinweise geben, ob der Zeitpunkt einer Beratung im Rahmen einer sich an die Stammzelltransplantation direkt anschließenden Rehabilitationsmaßnahme evtl. verfrüht ist und ob das längerfristige Behandlungs- und Beratungsangebot ausreichend ist.

Neue vffr-Initiative zur Vernetzung der Forschung im Bereich der Suchtrehabilitation

Der vffr hat es sich zur Aufgabe gemacht, Rehabilitationsforschung in Norddeutschland finanziell, personell und strukturell zu fördern. Da die Suchthilfe unter den Hamburger Rehabilitationsangeboten besonders stark vertreten ist und das Institut für Medizinische Psychologie im UKE als Standort des regionalen Methodenzentrums Hamburg des vffr der Suchtforschung traditionell besonders eng verbunden ist, wurde Mitte diesen Jahres eine besondere Initiative zur „**Forschung in der Suchtrehabilitation in und um Hamburg**“ gestartet. Zielsetzung dieser Initiative war zunächst die Vernetzung aller potentiell forschungs-

interessierten Suchthilfeeinrichtungen mit rehabilitativen Angeboten im (Groß-)Raum Hamburg, wobei natürlich auch sektorenübergreifende und überregionale Perspektiven willkommen sind. Im Idealfall sollen aus dem neuen Suchtforschungsnetzwerk in weiteren Schritten Projekte für eine Antragstellung beim vffr entwickelt werden.

An den beiden ersten Treffen des vffr-Suchtforschungsnetzwerks am 15. Juli und 30. September 2009 im Institut für Medizinische Psychologie in Hamburg nahmen etwa 20 Vertreter verschiedener Suchthilfeeinrichtungen aus dem „Großraum Hamburg“, d.h. aus Hamburg, Schleswig-

Holstein und Nord-Niedersachsen, teil. Im Rahmen dieser Treffen wurden bereits zahlreiche Forschungsideen gesammelt und intensiv diskutiert. Besonders erfreulich ist, dass sich die neue Initiative bereits in der Einreichung erster Projektskizzen beim vffr niedergeschlagen hat.

Nach dem erfreulich regen Zuspruch soll das vffr-Suchtforschungsnetz im neuen Jahr 2010 weitergeführt werden, wozu neben den bisherigen Teilnehmern auch weitere Interessierte herzlich eingeladen sind (Kontakt: Dr. Sven Rabung, Tel. 040 / 7410-58138, Mail: srabung@uke.de).

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“).

Umzug des Instituts für Sozialmedizin und des Krebsregisters

Im September sind das Institut für Sozialmedizin und das Krebsregister Schleswig-Holstein aus der Lübecker Altstadt auf den Campus des Universitätsklinikums umgezogen. Der Verein ist nun unter folgender Anschrift zu erreichen:

NVRF e.V.
 c/o Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
 Dr. Ruth Deck
 Ratzeburger Allee 160, Haus 50
 23538 Lübeck
 Tel: 0451-500 5847,
 Fax: 0451-500 5872
 E-Mail: ruth.deck@uk-sh.de

Arbeitsgruppen des NVRF

Es haben sich vier Arbeitsgruppen gebildet, 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.: 0451-500 5843, nadine.pohontsch@uk-sh.de)	Reha-Infotag 21.11.2009
„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, Beratungsstelle Stiftung Phönix (Tel.: 040-445856, simeit@phoenix.de) und Dr. Annika Waldmann, Krebsregister Schleswig-Holstein, (Tel.: 0451-5005447, annika.waldmann@krebsregister-sh.de)	www.nvrf.de
„Qualitative Methoden in der Rehabilitationsforschung“	Dr. Susanne Richter; Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Lübeck), (Tel.: 0451-500 5853, susanne.richter@uk-sh.de)	www.nvrf.de

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

**...im Norden
 aktiv!**

www.nvrf.de

Arbeitsgruppe „Rehabilitationsziele“ auf dem Weg zum Projektantrag

Dipl.-Psych. Nadine Pohontsch

Die Arbeitsgruppe Rehabilitationsziele besteht aus sieben ständigen Mitgliedern (Kliniker und Forscher aus den Bereichen Medizin, Psychologie und Soziologie) und trifft sich seit ihrer Gründung im Juni 2008 regelmäßig. Der Fokus der Arbeit der Gruppe liegt auf der Entwicklung und Durchführung eines so genannten „Rehabilitanden-Informationstags“, der der Vorbereitung von Versicherten auf ihre bevorstehende Rehabilitation dienen soll. Beim „Rehabilitanden-Informationstag“ soll dem zukünftigen Rehabilitanden nicht nur fundiertes Wissen über Verlauf, Funktion und Nutzen der Reha vermittelt werden, sondern vor allem auf die Formulierung realistischer und umsetzbarer Rehabilitationsziele sowie deren Absprache mit dem aufnehmenden Arzt in der Rehabilitationsklinik eingegangen werden.

Das Programm des Informationstages setzt sich aus Informationsvorträgen, praktischen Übungen, Kleingruppenarbeit der Rehabilitanden unter Betreuung der Vortragenden und Rollenspielen zusammen. Die Beiträge beinhalten Themen wie Ziele und Ablauf einer Rehabilitationsmaßnahme, Bedeutung von Therapie- und Rehabilitationszielen für die Rehabilitation und Formulierung individueller, realistischer und überprüfbarer Rehabilitationsziele. Die praktischen Übungen und die Kleingruppenarbeit beschäftigen sich mit der Identifikation persönlicher Problembereiche/ Einschränkungen und der Festlegung individueller Rehabilitationsziele. Diese werden als „Produkt“ des Informationstages schriftlich festgehalten, damit der Patient sie später dem aufnehmenden Arzt in der Rehabilitationsklinik als Diskussionsgrundlage vorlegen kann. Ziel des „Rehabilitanden-Informationstags“ ist es also, 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.

Zurzeit bereitet die Arbeitsgruppe einen Testlauf des „Rehabilitanden-Informationstags“, der Ende November in der Asklepios-Klinik in Bad Schwartau stattfinden soll, vor. Nach Beendigung des Probetags sollen sowohl eine mündliche als auch schriftliche Evaluation (Blitzlicht/Fragebogen), sowie eine telefonische Nachbefragung der Teilnehmer nach ihrer Rehabilitation erfolgen. Nach Erprobung der Feasibility des Informationstages wird das Projekt beim vffr zur Förderung eingereicht.

Weitere Informationen können über die Leiterin der AG (N. Pohontsch) bezogen werden. Ansprechpartnerin: Nadine Pohontsch, Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Lübeck) (0451-500 58 43, nadine.pohontsch@uk-sh.de)

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

**...im Norden
aktiv!**

www.nvrf.de

Mitgliederversammlung im Frühjahr 2010 in Lübeck

Die vierte Mitgliederversammlung des NVRF e.V. findet voraussichtlich im März 2010 in Lübeck statt. Details zu Termin, Ort und Zeit werden den Mitgliedern rechtzeitig schriftlich mitgeteilt.

Kommentar aus der Arbeitsgruppe „Leitlinien für die Rehabilitation in der Onkologie“ zu den Reha-Therapiestandards Brustkrebs

Dr. Annika Waldmann, Dipl.- Psych. Rainer Simeit

Im Oktober 2008 gründete sich die Arbeitsgruppe „Leitlinien für die Rehabilitation in der Onkologie“. Im Dezember haben die Teilnehmer die Inhalte der „Leitlinie für die Rehabilitation von Patientinnen mit Brustkrebs – Pilotversion“ intensiv diskutiert und dabei aus ihrer eigenen Klinikerfahrung heraus geprüft, inwieweit die Vorgaben der Leitlinie sinnvoll und umsetzbar sind. Für einige ETM-Blöcke (ETM = Evidenzbasierte Therapiemodule) wurden Modifizierungsvorschläge innerhalb der Arbeitsgruppe konsentiert.

Zu Beginn des Jahres 2009 hatte die DRV-Bund aus der bestehenden Pilotversion eine Überarbeitung geschaffen und als Konsultationsfassung zur Diskussion gestellt und bereits Ende Januar 2009 stellte Frau Dr. Brüggemann von der DRV Bund in einem Treffen der Arbeitsgruppe den aktuellen Stand der Leitlinienüberarbeitung vor und lud zu Veränderungsvorschlägen der Konsultationsfassung ein. Im Anschluss an den Vortrag diskutierte die Arbeitsgruppe ihre Modifizierungsvorschläge mit Frau Dr. Brüggemann.

Im Frühjahr 2009 informierte die DRV Bund großflächig über die Konsultationsfassung und bot die Möglichkeit an, Stellungnahmen einzusenden. Die AG kam dieser Aufforderung nach und gab Änderungsvorschläge zu sieben evidenzbasierten Therapiemodulen (*Gesundheitsbildung, Patientenschulung, Entspannungstherapie (theoretisch / praktisch), Künstlerische Therapie, Ergotherapie, Unterstützung der beruflichen Integration*) ab. Es wurden Modifikationsvorschläge hinsichtlich der Dauer, der Häufigkeit und des Mindestanteils von Rehabilitanden mit Maßnahmen aus den ETM abgegeben und die AG regte an, über die Namensgebung der Leitlinie nachzudenken. Hintergrund dazu war, dass Leitlinien systematisch entwickelte Hilfen zur Entscheidungsfindung über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen sind und damit eine Orientierungshilfe im Sinne von Handlungs- und Entscheidungsoptionen darstellen. In den „klassischen“ medizinischen Leitlinien werden die Handlungsoptionen differenziert nach Krankheitsschwere bzw. Charakteristika der Patienten aufgezeigt (vgl. auch S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms). Abweichend davon bildet nicht nur die Pilotfassung, sondern auch die Konsultationsfassung der Leitlinie lediglich ein Mengengerüst für die Anforderungen an eine Rehabilitation ab, das jedoch keine Rückschlüsse auf die Qualität der Rehabilitation zulässt. Da die Anforderungen nicht entsprechend der Rehabilitandenklientel differenziert werden, empfand die AG die Bezeichnung „Leitlinie“ als problematisch.

Im Oktober 2009 veröffentlichte die DRV-Bund die überarbeiteten „Reha-Therapiestandards Brustkrebs; Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung“ auf ihrer Homepage.

Wird die nun gültige Version mit der Konsultationsfassung verglichen, zeigt sich, dass die Ausgestaltung der ETM hinsichtlich Dauer, der Häufigkeit und des Mindestanteils von Rehabilitanden nahezu unverändert geblieben ist. Lediglich im ETM *Künstlerische Therapie* wurde die Dauer von insgesamt 300 Minuten auf 270 Minuten abgesenkt.

Wir finden es bedauerlich, dass unsere Vorschläge keine Berücksichtigung fanden. Erfreulich ist u.E. die veränderte Namensgebung, so lautet der Haupttitel jetzt „Therapiestandards“ und erst im Untertitel wird das Wort „Leitlinie“ genannt.

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

**...im Norden
aktiv!**

www.nvrf.de

In der vergangenen Ausgabe des vffr-Newsletters portraitierten wir die Arbeitsgruppe „Rehabilitationsziele“. In diesem Newsletter möchten wir Ihnen die AG „Aufgaben- und Rollenverteilung“ unter der Leitung von Jürgen Höder vorstellen:

SPECIAL: Die Arbeitsgruppe „Aufgaben- und Rollenverteilung“

Dr. Jürgen Höder

Das Projekt *Aufgaben und Rollenverteilung* kann über zwei Fortschritte berichten: Die Befragung von praktisch tätigen Klinikern verschiedener Berufe wurde abgeschlossen und die Erprobung der Umsetzung eines der Befragungsergebnisse in die Praxis wurde begonnen.

Wir befragten insgesamt 33 Führungskräfte und 103 weitere Mitarbeiter aus sechs norddeutschen Rehakliniken, darunter Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Diplomsporthlehrer, Psychologen und andere. Eingesetzt wurde ein Fragebogen, der 15 detailliert formulierte Vorschläge zu einer Aufgabenumverteilung enthielt. Diese Vorschläge waren aus vorangegangenen 50 Interviews mit Klinikmitarbeitern herauskristallisiert worden. Die Probanden beurteilten, ob sie die Vorschläge für sinnvoll, vielleicht sinnvoll oder nicht sinnvoll hielten.

Der Inhalt der Vorschläge war vielfältig. Hervorzuheben ist die Einführung des neuen Berufs des Reha-Assistenten / der Reha-Assistentin sowie die Zuschreibung von mehr Verantwortung an Diplomsporthlehrer, Physiotherapeuten und Psychologen. Die Reha-Assistenz soll durch organisatorische, informierende und informationsgewinnende sowie dokumentierende Aktivitäten besonders zu Beginn und am Ende der Rehabilitation den Arzt entlasten. Sportlehrer und Physiotherapeuten könnten mehr Verantwortung bei der Befundung, der Therapiesteuerung und dem Erstellen des Leistungsbildes übernehmen. Psychologen könnten künftig dazu beitragen, die vielfältigen Aspekte der Patientensicht auf die Krankheit und ihre Bewältigung differenzierter zu erheben.

Die meisten Vorschläge wurden deutlich positiv bewertet, vor allem und besonders auch von den Führungskräften. Einzelheiten werden wir auf der DGRW-Tagung „Neue Aufgaben- und Rollenverteilung in der Rehabilitation“ am 12. Dezember in Freiburg vortragen. Außerdem ist ein diesbezüglicher Vortrag für das Reha-Kolloquium in Leipzig angemeldet. Aufmerksamkeit hat das Projekt auch beim Vorstand der DRV-Nord gefunden, der uns zu einem Vortrag eingeladen hat.

In der AG sind zurzeit Vertreter aus Damp, Bad Segeberg, Gyhum (in Niedersachsen) und Bad Bramstedt aktiv. Sie wollen die Idee der Reha-Assistenz dem Praxistest aussetzen. In einem ebenfalls vom vffr geförderten Projekt soll untersucht werden, ob die an die Reha-Assistenz geknüpften Hoffnungen realistisch sind und über welche Qualifikationen ein Assistent / eine Assistentin verfügen muss. In bisher drei Treffen haben wir einen Untersuchungs- und Zeitplan aufgestellt und Aufgaben verteilt. Vier Vergleichskliniken ohne Reha-Assistenz wurden gewonnen und – als erstes Untersuchungsinstrument – eine Checkliste zur Beschreibung der Kliniken und der für unser Thema wichtigen organisatorischen Abläufe entworfen.

Weitere Sitzungen werden auf der Homepage des NVRF angekündigt.

Ansprechpartner: Dr. Jürgen Höder, Klinikum Bad Bramstedt, Tel.: 04192 90-2359,
E-Mail: hoeder@klinikumbb.de.

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

**...im Norden
aktiv!**

www.nvrf.de

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

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

Wir freuen uns auf Sie!

Korrespondenzadressen:

Dr. Susanne Richter, Dr. Ruth Deck
Institut für Sozialmedizin,
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Dr. Annika Waldmann
Krebsregister Schleswig-Holstein,
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Spring School der AG Methoden der DGRW in Kooperation mit dem NVRF e.V.



Vom 14. bis 16. Mai 2009 fand in Kooperation mit dem NVRF e.V. in Reinfeld die erste Spring School „Evidenz-basierte Rehabilitation“ statt. Die Spring School soll 2010 fortgesetzt werden (22.-24.04.2010). Dr. Thorsten Meyer fasst für Sie die diesjährigen Eindrücke zusammen:

EVIDENZ-BASIERTE REHABILITATION - REHABILITATIONSWISSENSCHAFTLICHE TEXTE LESEN UND NUTZEN

Die Arbeitsgruppe Methoden der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) bietet in Zusammenarbeit mit dem NVRF e.V. seit 2009 mit der Spring School eine Fortbildung in Evidenz-basierter Rehabilitation an. Im Gegensatz zur Summer School, die als Weiterbildung für Rehabilitationswissenschaftler gedacht ist, richtet sich die Spring School an die Nutzer von rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsergebnissen. Sie soll *Kliniker und Therapeuten in Rehabilitationskliniken* sowie *Verantwortliche auf Seiten der Leistungsträger* dabei unterstützen, die kritische Würdigung rehabilitationswissenschaftlicher Literatur zu erlernen und zu üben. Sie greift dazu auf das Konzept der Evidenz-basierten Medizin zurück und überträgt diesen Ansatz in den Bereich der Rehabilitation.

Vom 14.-16.05.2009 traf sich eine Gruppe Interessierter im Bildungszentrum Reinfeld, das bekanntermaßen hervorragende Arbeitsbedingungen ermöglicht. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer rekrutierten sich in erster Linie aus ärztlichen Kollegen verschiedener Rehabilitationskliniken, zusätzlich von Seiten der Leistungsträger, der Rehabilitationsforschung und der Forschungsförderung. Die Tutoren stammen alle aus dem Umfeld des Instituts für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck, das über langjährige Erfahrungen in der Aus- und Fortbildung in der Evidenz-basierten Medizin verfügt.

Nach einer Einführung in die Grundprinzipien einer Evidenz-basierten Medizin von Professor Heiner Raspe wurden verschiedene Grundlagen und Techniken der systematischen Literaturrecherche von Frau Dr. Dagmar Lühmann dargestellt. Das Herzstück der Fortbildung besteht in drei Einheiten zur kritische Würdigung („critical appraisal“) rehabilitationswissenschaftlicher Literatur. Dabei wurden Texte zu diagnostischen (Dr. Annika Waldmann), therapeutischen (Dr. Angelika Hüppe) und prognostischen (Dr. Thorsten Meyer) Fragestellungen bearbeitet. Den Abschluss bildete eine Einheit zu systematischen Übersichtsarbeiten und Leitlinien. Zur Vorbereitung hatten die Programmteilnehmer im Vorfeld der Veranstaltung Seminarunterlagen zugeschickt bekommen. Das Arbeitsprogramm wurde ergänzt durch eine gemeinsame abendliche Fahrt nach Lübeck mit einem Stadtrundgang und einem gemeinsamen Essen – wie sollte es anders sein – in der Schiffergesellschaft.

Wir haben – das kann ich im Namen der Veranstalter und auch der Teilnehmer sicherlich sagen – drei anregende Tage erlebt. Sehr gefreut haben wir uns über die durchweg positiven Rückmeldungen und Evaluationsergebnisse der Spring School durch die Teilnehmer, die uns ermutigt haben, das Programm auch im neuen Jahr wieder anzubieten.

Die 2. Spring School findet wieder in Kooperation mit der NVRF e.V. vom 22. bis 24. April 2010 im Bildungszentrum in Reinfeld (bei Lübeck) statt.

Zielgruppen sind

- Ärzte und Therapeuten in der Rehabilitation mit Interesse an der Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Arbeitsalltag.
- Rehabilitationswissenschaftler mit Interesse am Konzept der Evidenz-basierten Medizin.
- Alle Personen in der Rehabilitation, die auf eine kritische Würdigung rehabilitationswissenschaftlicher Literatur angewiesen sind.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein erkennt für Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Veranstaltung 21 Fortbildungspunkte an. Die Teilnahmegebühr beträgt 220 EUR. Für Mitglieder der DGRW oder des NVRF e.V. reduziert sich dieser Betrag auf 180 EUR. Darin enthalten sind neben der Teilnahme am Seminar die Seminarunterlagen, Kaffee/Tee und Mittagessen. Kosten für die Übernachtung und die übrigen Mahlzeiten müssen von den Teilnehmer/innen selbst getragen werden. Das Bildungszentrum Reinfeld bietet attraktive Übernachtungsmöglichkeiten.

Nähere Informationen über das Programm und die Tutoren finden Sie im Programmflyer, den Sie über die Homepage des NVRF (www.nvrf.de unter „Aktuelles“ à „Fortbildungen“) oder des Instituts für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck (www.sozialmedizin-luebeck.uk-sh.de) herunterladen können. Teilnahmeplätze werden nach Reihenfolge des Eingangs der verbindlichen Anmeldung vergeben. Anmeldungen bis zum 25. März 2010 bitte an:

Dr. Thorsten Meyer, Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel.: 0451 / 500 -5846, Fax -5872, Email: thorsten.meyer@uk-sh.de

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

**...im Norden
aktiv!**

www.nvrf.de

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung



Überprüfung und Neuausrichtung der Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung

Vor dem Hintergrund neuer Herausforderungen eines im Wandel begriffenen Gesundheitswesens hat die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) als Spitzenverband der Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand im Jahr 2008 eine weitreichende Überprüfung ihrer besonderen Heilverfahren und Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet. Dabei gilt es, die tief greifenden Veränderungen

der ambulanten und stationären Versorgungslandschaft ebenso zu berücksichtigen wie die gestiegenen Anforderungen an den Nachweis von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Ziel ist die Stärkung und der weitere Ausbau der traditionell qualitäts- und bedarfsorientierten Heilverfahrensstrukturen. Bewährte Prinzipien wie z.B. die Auswahl besonders qualifizierter Leistungserbringer oder die Steuerung der Heilverfahren durch

den D-Arzt sollen erhalten, neuen Gegebenheiten angepasst und so letztlich sinnvoll weiterentwickelt werden. Die im Juni von der DGUV verabschiedeten „Eckpunkte zur Neuausrichtung der Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung“ sehen demzufolge eine teilweise Neuausrichtung sowohl des ambulanten als auch des stationären Sektors vor.

Veränderte Bedarfslage

Ein übergreifender Aspekt betrifft dabei die in quantitativer wie auch in qualitativer Hinsicht veränderte Bedarfslage. Mit Blick auf die in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten rückläufigen Gesamtzahlen bei Arbeits- und Wegeunfällen stellt sich die Frage, ob man Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Durchgangsarzte wie bisher in grundsätzlich unbegrenzter Zahl an den Heilverfahren der Unfallversicherung beteiligt

oder aus Gründen der Qualitätssicherung zu einer tatsächlichen Bedarf in den einzelnen Regionen orientierten Beteiligung übergeht. Ausgehend von der Annahme, dass die Qualität der Versorgung und die ärztliche Routine durch eine Konzentration von Fallzahlen bei einzelnen Leistungserbringern weiter gesteigert werden kann, ist insbesondere auch die Einführung von Mindestfallmengen in den Heilverfahren zu prüfen. Dies

darf natürlich nicht bedeuten, dass die Unfallversicherung zu einem „Closed-Shop-System“ übergeht, denn in bestimmten Bandbreiten muss der Zugang weiterer qualifizierter Leistungserbringer zu den Heilverfahren und Rehabilitationsverfahren möglich bleiben. Daneben wird man auch für den Fall einer in einzelnen Regionen drohenden Unterversorgung die geeigneten Instrumente entwickeln müssen.

Bedarfsgerechte Steuerung

Parallel zu rückläufigen Gesamtunfallzahlen ist die sozialpolitische wie auch ökonomische Bedeutung schwerer und komplizierter Verletzungsfälle besonders hervorzuheben. Die gesetzliche Unfallversicherung wird deshalb einen noch stärkeren Fokus auf die besonders folgen- und kostenträchtigen Unfallverletzungen legen müssen. Dies soll gelingen durch die weitere Stärkung des Reha-Managements in den Verwaltungen sowie durch die

Fortentwicklung von noch stärker am qualitativen Bedarf ausgerichteten Heilverfahrensstrukturen.

Mit dieser Zielrichtung wird insbesondere für den Bereich der Krankenhausversorgung geprüft, ob die Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung in Zukunft stärker nach Art und Schwere der Verletzungsfälle differenziert werden sollen. Das bisherige, auf schwere Verletzungen

zugeschnittene Verletzungsartenverfahren (VAV) umfasst Verletzungsfälle von durchaus unterschiedlicher versorgungspolitischer und ökonomischer Relevanz. Angesichts der beschriebenen Bedeutung bestimmter schwerer Verletzungsarten und -muster drängt sich die Frage auf, ob und wie man solche Fälle noch zielgenauer und zum geeigneten Zeitpunkt in die bestmögliche Einrichtung steuert.



„Blaupause“ einer solchen bedarfsgerechten Steuerung von stationären Fällen ist das Weißbuch der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), das die Versorgung Schwerst-Unfallverletzter in Deutschland auf eine strukturell neue Grundlage gestellt hat. Das Weißbuch sieht die Bildung von regionalen Traumanetzwerken unter Beteiligung von Kliniken unterschiedlicher Versorgungsstufen vor.

Dieser Netzwerkgedanke ist gemäß den Erfordernissen des SGB VII, eine Heilbehandlung und Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln durchzuführen, weiterzuentwickeln. So wird in der gesetzlichen Unfallversicherung derzeit geprüft, ob bestimmte schwere und schwerste Fälle verstärkt in besondere „SGB VII-Traumazentren“ gesteuert werden können, die die unfallversicherungsrechtlichen Grundsätze besonders gut

umsetzen können. Im Hinblick auf den Versorgungsauftrag der Unfallversicherung müssen diese Zentren dann neben einer hohen unfallchirurgischen Expertise insbesondere auch definierte Reha-Kompetenzen aufweisen, z.B. in der Frührehabilitation, dem Übergang in die Anschlussheilbehandlung oder bei der Kooperation mit dem Reha-Management der Träger.

Ausbau der Qualitätssicherung

Begleitend zu den strukturellen Überlegungen sollte die Qualitätssicherung in allen Versorgungsbereichen der Heilbehandlung und Rehabilitation weiter ausgebaut werden. Möglichkeiten zur Optimierung bestehen einerseits durch Schaffung einer weitergehenden Kontinuität in der Qualitätskontrolle sowie andererseits durch eine stärkere Berücksichtigung der Prozess- und Ergebnisqualität. Es ist also zu diskutieren, welche aussagekräftigen Parameter hierfür vorliegen und welche Daten und Instrumente zur Abbildung der verschiedenen

Qualitäten verfügbar sind oder unter vertretbarem Aufwand verfügbar gemacht werden können. Hierzu gehört konsequenterweise auch eine regelmäßige Überprüfung der Beteiligung von Ärzten und Kliniken. Zur Abrundung des Qualifikationsprofils der Durchgangsarzte soll schließlich in Zukunft eine erweiterte Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung in den besonders relevanten Bereichen Heilverfahrenssteuerung, Gutachtenwesen und Rehabilitations-/Sozialmedizin bestehen. Schließlich ist die Einführung neuer Heilverfahrenstrukturen

zu synchronisieren mit den Bestrebungen zur Stärkung des internen Reha-Managements in den Verwaltungen. Erste Schritte zu einer Abstimmung der Reha-Management-Systeme der einzelnen Unfallversicherungsträger sind bereits eingeleitet worden. Auch hier kommt es darauf an, den Fokus auf die schweren und teuren Verletzungsfälle zu legen und zu definieren, wie sich das Reha-Management der Träger und die Arbeit der beteiligten Ärzte und Kliniken gegenseitig unterstützen können.

Markus Oberscheven
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V., Berlin
Referat Heilbehandlung/Medizinische Rehabilitation
E-Mail: Markus.Oberscheven@dguv.de



Verordnung und Durchführung von Nachsorgeleistungen nach einer Rehabilitationsmaßnahme der Deutschen Rentenversicherung Nord (ohne Sucht)

Die Deutsche Rentenversicherung Nord (DRV Nord) bietet seit dem 01.01.2008 ihren Versicherten in den drei Bundesländern Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein ein flexibles und umfangreiches Reha-Nachsorgeprogramm an, das in früheren Ausgaben der *vffr-news* bereits ausführlich beschrieben wurde.¹

Die Reha-Einrichtungen können in Abhängigkeit von Bedarf und Indikation folgende Nachsorgeleistungen nach § 31 SGB VI verordnen:

- intensivierte Nachsorge nach dem Modell der Deutschen Rentenversicherung Bund (IRENA) für die Indikationen Kardiologie, Orthopädie und Neurologie,

- Medizinische Trainingstherapie (MTT) für die Indikationen Orthopädie und Neurologie,

- halbtägige Auffrischkurse der kardiologischen Nachsorge (KARENA in Hamburg und Schleswig-Holstein bzw. KANA in Mecklenburg-Vorpommern) und

- das Nachsorgeprogramm nach dem Curriculum Hannover für die Indikation Psychosomatik/Psychiatrie.

Darüber hinaus können sog. Reha-ergänzende Leistungen nach § 44 SGB IX (Rehabilitationssport und Funktionstraining) im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation erbracht werden.

Dieser Artikel beschreibt das Ordnungsverhalten der Reha-Einrichtungen und die Inanspruchnahme des Nachsorgeprogramms der DRV Nord durch die Versicherten und liefert somit erste Hinweise zur Umsetzung dieses Nachsorgeprogramms.

Die Auswertungen basieren auf den Nachsorgeempfehlungen in den Entlassungsberichten (abgeschlossene Reha-Maßnahmen der DRV Nord im Jahr 2008) und auf den Abrechnungsdaten der entsprechend durchgeführten Nachsorgeleistungen. Zu Reha-Sport und Funktionstraining geben die Routineanalysen der Statistikdaten der DRV Nord für das Jahr 2008 Auskunft.

Tabelle 1: Nachsorgeempfehlungen in den Entlassungsberichten (abgeschlossene medizinische Reha-Leistungen der DRV Nord, 2008)

Erst-Diagnose	Reha-Leistungen	Empfehlung einer Nachsorge nach § 31 SGB VI		Empfehlung von Reha-Sport		Empfehlung von Funktionstraining	
		Stat.	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.
Orthopädie	10745	3342	31%	735	7%	965	9%
Neurologie	1215	67	6%	43	4%	89	7%
Kardiologie	2087	202	10%	1055	51%	26	1%
Psychosomatik	3550	391	11%	275	8%	87	2%

Die Tabelle 1 zeigt, wie häufig Nachsorgeleistungen im Jahr 2008 empfohlen wurden.

Während die speziellen Nachsorgeleistungen der DRV Nord bei den Indikationen Orthopädie und Psychosomatik am häufigsten empfohlen wurden, hatte für die Indikation Kardiologie der Koronarsport (Reha-Sport) die größte Bedeutung.

Einrichtungen außerhalb der Bundesländer Hamburg, Meck-

lenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein verordneten weniger Nachsorgeleistungen nach § 31 SGB VI als Einrichtungen im Zuständigkeitsgebiet der DRV Nord, Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern weniger als Einrichtungen in Hamburg und Schleswig-Holstein. Die Dichte der Angebote spielt dabei sicher eine wichtige Rolle.

Die Tabelle 2 vergleicht das Ordnungsverhalten bei ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen. Da für die Indikationen Psychosomatik und Kardiologie nur eine ambulante Reha-Einrichtung (RehaCentrum Hamburg) durch die DRV Nord belegt wird, wurde die Analyse auf den Indikationsbereich Orthopädie eingeschränkt.

I:

Glaser-Möller, *vffr-news* 1, 2007, S. 9-12; Kobelt & Glaser-Möller, *vffr-news* 1, 2007, S. 13-14; Glaser-Möller, *vffr-news* 2, 2008, S. 13-14)

Tabelle 2: Nachsorgeempfehlungen in den Entlassungsberichten bei ambulanten und stationären Maßnahmen (abgeschlossene medizinische Reha-Leistungen der DRV Nord, 2008)

Erst-Diagnose	Nachsorge nach § 31 SGB VI		Reha-Sport		Funktionstraining	
	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.
Orthopädie	25 %	66%	7 %	6 %	11 %	2%

Nachsorgemaßnahmen nach § 31 SGB VI wurden viel häufiger bei ambulanten Maßnahmen als bei stationären Maßnahmen empfohlen (Tabelle 2). Da bei ambulanten Maßnahmen Nachsorge und Reha-Maßnahmen in der Regel in derselben Einrichtung stattfin-

den, ist die therapeutische Kontinuität ein großer Vorteil und favorisiert die Verordnung solcher Nachsorgeleistungen. In Bezug auf Reha-Sport gibt es zwischen stationären und ambulanten Reha-Maßnahmen keinen Unterschied. Funktionstraining wur-

de am häufigsten am Ende einer stationären Maßnahme verordnet.

Die Tabelle 3 analysiert, wie häufig empfohlene Nachsorgeleistungen nach § 31 SGB VI durchgeführt wurden.



Tabelle 3: Durchführung von Nachsorgemaßnahmen nach Empfehlung durch Reha-Arzt (nach einer medizinischen Reha-Leistung der DRV Nord im Jahr 2008)

Rehabilitations-Diagnose	Durchführung einer Nachsorge nach § 31 SGB VI
Orthopädie	55 %
Neurologie	31 %
Kardiologie	50 %
Psychosomatik	48 %

Die Tabelle 3 weist auf eine Umsetzungsrate der Nachsorgeempfehlungen von ca. 50 % hin, für die Indikation Neurologie ist die Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen nach entsprechender Empfehlung am geringsten. Im Bereich der Orthopädie handelt es sich bei 65 % der Nachsorgemaßnahmen nach § 31 SGB VI um MTT und bei 32 % um IRENA. Bei 3 % der Fälle fehlte die

entsprechende Angabe im Versichertenkonto.

Die Routineanalysen der Statistikdaten der Rentenversicherung für das Jahr 2008 zeigen, dass bei der DRV Nord in knapp einem Drittel der Fälle Empfehlungen zu Reha-Sport bzw. zu Funktionstraining umgesetzt werden. Diese Analysen sind nicht indikationsspezifisch. Die

Gründe für diese geringere Teilnahmebereitschaft sollten im Rahmen von gezielten Befragungen untersucht werden.

Die Tabelle 4 zeigt, wie häufig die Versicherten an den Nachsorgeterminen teilnehmen. Entsprechende Zahlen sind für das Funktionstraining und den Reha-Sport nicht verfügbar.

Tabelle 4: Häufigkeit der Teilnahme an den Nachsorgeterminen (nach einer medizinischen Reha-Leistung der DRV Nord im Jahr 2008)

Angebot	Mittelwert	Vorgesehene Anzahl
IRENA	19 Termine	24 (Orthopädie/Kardiologie) bzw. 33 (Neurologie) Termine
MTT	29 Termine	52 Termine
Ambulante psychosomatische Nachsorge	15 Gruppengespräche	25 Gruppengespräche

Die Adhärenz der Versicherten mit dem Nachsorgeangebot IRENA ist etwas höher als mit den weiteren Nachsorgemaßnahmen. Die Gründe für das Fehlen bzw. den frühzeitigen Abbruch sind vermutlich vielfältig und sollten ebenfalls im Rahmen gezielter Analysen ermittelt werden.

Insgesamt halten wir die vorliegenden Ergebnisse für ermutigend. Das breite Nachsorgeangebot der DRV Nord wird von den Reha-Einrichtungen und den Versicherten wahrgenommen und genutzt. Der Stellenwert der Nachsorge sollte jedoch im Rahmen von Klinikvisitationen weiterhin thematisiert werden mit dem Ziel, die Nachsorge

schon während der Reha sehr konkret vorzubereiten. Dadurch und durch die Zulassung weiterer Nachsorgeanbieter ist zu erwarten, dass sich die Inanspruchnahme der Nachsorge verbessert. Der weitere Handlungsbedarf zur Erhöhung der Teilnahmeregelmäßigkeit sollte durch gezielte Untersuchungen ermittelt werden.



UK SH UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein
Campus Lübeck

Deutsche
Rentenversicherung
Nord

BGW
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

Rückblick:
5. Nord-
deutsches
Reha-
Symposium
am
23. November
2009
in Lübeck

„Brücken bauen! Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation: Probleme und Lösungen“

– Bericht zum 5. Norddeutschen Reha-Symposium
am 23. November 2009 in Lübeck

Schnittstellen stellen insbesondere in der Versorgung chronisch Kranker ein nicht zu vernachlässigendes Problem dar. Sie finden sich grundsätzlich an allen Übergängen im Gesundheitssystem und berühren damit zwangsläufig auch das Rehabilitationssystem: Hier betreffen sie zunächst die frühzeitige Erkennung des Reha-Bedarfs, dann den Zugang der Patienten zur Rehabilitation sowie schließlich die vielfältigen Notwendigkeiten der Reha-Nachsorge. Vor diesem Hintergrund war es die erklärte Zielsetzung des fünften Norddeutschen Reha-Symposiums, bestehende Schnittstellen-Probleme gezielt anzusprechen und mögliche Lösungsstrategien zu diskutieren.

Ausgerichtet wurde das am 23. November 2009 in Lübeck stattfindende Symposium unter dem Titel „Brücken bauen! Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation: Probleme und Lösungen“ vom vffr (Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V.) in Kooperation mit dem Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck (UK-SH), der Deut-

schen Rentenversicherung Nord (DRV Nord) sowie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Die wissenschaftliche Leitung hatten Dr. Ruth Deck (UK-SH), Dr. Nathalie Glaser-Möller (DRV Nord) und Dr. Thomas Remé (BGW) inne, welche gemeinsam durch das Programm der Veranstaltung führten.

Am Symposium nahmen mehr als 200 Vertreter von Kosten- und Leistungsträgern, aus dem

Bereich der Rehabilitationsforschung sowie vor allem aus der Rehabilitationspraxis teil, wobei die Teilnehmer überwiegend dem Einzugsgebiet der DRV Nord zuzuordnen waren. Der Teilnehmerstruktur entsprechend wurde auch das Programm der Tagung in bewährter Art und Weise gemeinsam von Trägern, Wissenschaftlern und Klinikern bestritten.

In der *Begrüßung* durch Wilfried Egelkraut (DRV Nord) wurde die Versorgung chronisch Kranker einleitend als ein höchst komplexer Prozess charakterisiert, innerhalb dessen die Rehabilitation nur einen von mehreren Versorgungssträngen darstellt. Angesichts der gegebenen Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit unterstütze die DRV Nord explizit Projekte von Rehabilitations-Einrichtungen, die auf eine Optimierung oder Integration der vorhandenen Schnittstellen abzielen.

In den folgenden *Überblicksreferaten* setzte sich Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe (Institut für Sozialmedizin, UK-SH) dann zunächst mit den „Problemen der Kommunikation und Zusammenarbeit reharelevanter Akteure“ auseinander. Nach einer Darstellung der vielfältigen kommunikativen Anforder-

ungen, die sich für die verschiedenen Beteiligten vor, während und nach einer Rehabilitation ergeben, resümierte Raspe, dass angesichts der zahlreichen zu überwindenden Schnittstellen mehr gerichtete Interaktion und Vernetzung wünschenswert wäre. Entscheidend sei beim Aufbau von Versorgungspfaden und Netzwerken jedoch insbesondere, auch die Selbstverantwortung der Versicherten zu fördern.

Daran anschließend betonte Jan Miede (DRV Braunschweig-Hannover) in seinem Beitrag zu „Strategischen Überlegungen zur Überwindung von Schnittstellen“ aus der Sicht des Kostenträgers, dass die bestehenden Probleme nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund des gegliederten deutschen Sozialversicherungssystems mit seinen unterschiedlich gestaffelten

Mehrfachzuständigkeiten für Prävention, Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege zu betrachten wären. Außerdem wies er auf die zunehmenden Versorgungsanforderungen hin, die sich durch den demografischen Wandel ergeben würden (u.a. längere Berufstätigkeit, mehr Ältere). Als verantwortliche Akteure bei der Überwindung von Schnittstellenproblemen benannte er in weitgehender Übereinstimmung mit Prof. Raspe Haus-, Fach- und Betriebsärzte, Betriebe, Krankenkassen und Rentenversicherung, konstatierte jedoch eine besondere Mitwirkungsverantwortung auf Seiten der Rehabilitations-Einrichtungen. Von diesen verlangte er eine stärkere Flexibilisierung und Bedarfsorientierung des Rehabilitationsangebotes, die nötigenfalls über eine gezielte Belegungssteuerung einzufordern wäre.

Eine über das Thema der Rehabilitation hinausgehende Perspektive zur Frage nach der Überwindung von Schnittstellen vermittelte PD Dr. Christian Krauth (Med. Hochschule Hannover) im dritten Überblicksbeitrag, in dem er über „Gesundheitsökonomische Aspekte der integrierten Versorgung“ (IV) referierte. Zentrales Merkmal des IV-Ansatzes sei der Wechsel vom

traditionellen anbieter- und sektorenorientierten Versorgungssystem hin zum Zukunftskonzept einer populationsorientierten und sektorenübergreifenden Versorgung, der nicht zuletzt unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten zu begrüßen wäre. Allerdings hinge der Erfolg integrierter Versorgungsmodelle von vielfältigen Faktoren ab, zu denen u.a.

eine starke Patientenorientierung, die Implementierung professioneller Strukturen, ein von Kooperation und gegenseitigem Vertrauen geprägtes Klima sowie nicht zuletzt auch die systematische Evaluation und Qualitätssicherung zählten. Am besten sei die IV als dynamischer Lernprozess bei allen beteiligten Akteuren zu begreifen („IV beginnt im Kopf“).

Konkretere *Probleme und Lösungsansätze* wurden im zweiten Block der Veranstaltung in mehreren verschiedenen Beiträgen thematisiert. Am Beispiel der „Integrierten Versorgung bei chronischen Rückenschmerzen“ machte Prof. Dr. Thomas Kohlmann (Universität Greifswald) deutlich, dass die Rehabilitation in den aktuellen leitlinienbasierten Behandlungsprogrammen bislang eine deutlich untergeordnete Rolle spielt. Eine zentrale Aufgabe bestünde daher darin, die Rehabilitation stärker in diese Programme einzubeziehen bzw. wenigstens Schnittstellen zur Rehabilitation zu definieren.

Dass die Entwicklung und verbindliche Einführung von Leitlinien einen sensiblen Vorgang darstellt, schilderte Dr. Petra Schönrock-Nabulsi (Röpersbergklinik) in einem Erfahrungsbericht zur „Einführung einer Reha-Prozessleitlinie in den Klinikalltag“ am Beispiel der Leitlinie Mamma-Ca. Dabei wurde deutlich, dass die Akzeptanz von – grundsätzlich gewünschten – Leitlinien stark von der Nachvollziehbarkeit ihrer Entwicklung (Transparenz), von der Vereinbarkeit mit konkurrierenden Leitlinien (Kongruenz) und nicht zuletzt von ihrer empirischen Fundierung (Evidenz) abhängt.

Im Beitrag „Mit Rückenschmerzen im beruflichen Alltag – Lösungsansätze für Pflegekräfte“ stellte Dr. Ilka Graupner (BGW) dann das Rehabilitationsverfahren der Berufsgenossenschaft für Arbeitnehmer mit Bandscheiben-

vorfällen vor, das sich insbesondere durch sein explizit arbeitsplatzbezogenes Trainings- und Rehabilitationskonzept auszeichnet. Ganz besonders ist dabei das Element der sog. „Arbeitsplatzbegleitung“ hervorzuheben, in deren Rahmen die während der Rehabilitation gelernten Maßnahmen in Begleitung von Therapeuten konkret am eigenen Arbeitsplatz umgesetzt würden.

Die besondere Bedeutung der Schnittstelle zur postinstitutionellen Rehabilitation wurde auch im Beitrag „Gelebte Nachsorge erfordert Umdenken“ von Dr. Angelika Hüppe (Institut für Sozialmedizin, UK-SH) betont. Als zentral wurden dabei die Stärkung der Eigenverantwortung der Rehabilitanden sowie die Vermittlung einer längerfristigen zeitlichen Perspektive, in der die kurze Phase der institutionellen Rehabilitation nur den Beginn einer längeren postinstitutionellen Rehabilitationsphase darstellt, benannt. Erste Zwischenbefunde einer aktuellen Studie zur Evaluation eines neuen Nachsorgekonzeptes, das unter Einbindung der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung über die stationäre Maßnahme hinaus auf die begleitete Eigeninitiative und -verantwortung der Rehabilitanden abzielt, bestätigen positive Effekte auf die Nachsorgequalität.

Dr. Wolfgang Bürger (fbg, Karlsruhe) berichtete im Anschluss über erste Erfahrungen aus einem Modellprojekt der DRV Rheinland-Pfalz zur „Begleitenden Nachsorge bei Stufenweiser Wiedereingliederung

nach Medizinischer Rehabilitation“. Die Befunde des Projektes belegten, dass eine Nachsorgebetreuung während der Stufenweisen Wiedereingliederung durch die veranlassende Einrichtung von Versicherten und Anwendern als hilfreich und sinnvoll bewertet würde und positive Effekte auf das Nachsorgeergebnis zeigte. Lediglich die Implementierung des neuen Verfahrens sei angesichts zögerlicher Fallzahlentwicklungen als unzureichend zu bewerten.

Schließlich setzte sich Prof. Dr. Michael Linden (DRV Reha-Zentrum Seehof) noch kritisch mit den Optionen eines „Beruflichen Eingliederungsmanagements und vernetzter psychosomatischer Rehabilitation“ auseinander. Aus der Sicht des Klinikleiters wies er auf die personalrechtlich nicht ganz unproblematische Situation hin, die aus der gesetzlich determinierten Hauptverantwortung für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) auf Seiten des Arbeitgebers resultiere. Daher seien klare Kriterien für BEM zu definieren und zu diagnostizieren. Besonders betonte er zudem die Notwendigkeit einer erweiterten Perspektive, die Arbeitsplatzprobleme in einem größeren physischen und psychischen Kontext betrachtet. Ein sozialmedizinischer Konsiliardienst, für den in Rehakliniken die fachlichen Voraussetzungen vorlägen, könnte bei der Problemlösung, Koordinierung und Problemlösung unterstützen.



UK SH UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein
Campus Lübeck

Deutsche
Rentenversicherung
Nord

bgw
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

Rückblick:

**5. Nord-
deutsches**

**Reha-
Symposium**

am

23. November

2009

in Lübeck



UK SH UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein
Campus Lübeck

Deutsche
Rentenversicherung
Nord

bGw
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

Rückblick:

5. Nord-

deutsches

Reha-

Symposium

am

23. November

2009

in Lübeck

Das Buch zur Tagung:

R. Deck, N. Glaser-Möller, T. Remé (Hrsg.).
Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation.
Jacobs Verlag, Lage.

(ISBN 978-3-89918-189-0)

Ab Frühjahr 2010 im
Handel.



Den Abschluss der Veranstaltung bildete schließlich eine durch Prof. Raspe moderierte Podiums- und Plenumsdiskussion, in der nochmals die Frage nach den zentralen Ansatzpunkten zur Optimierung von Schnittstellen und Strukturen aufgegriffen wurde. Beteiligte auf dem Podium waren von Seiten der Kostenträger Wilfried Egelkraut (DRV Nord) und Angelika Forster (AOK), als Klinik-Vertreter Dr. Werner Hempel (MEDIAN Kliniken) und Prof. Dr. Eike Hoberg (Mühlenbergklinik) und als Niedergelassener Dr. Harald Markus (Praxis für Rheumatologie, Lübeck). Als drängendste Baustelle wurde hier ein weiteres Mal die Optimierung der Kommunikation

zwischen den verschiedenen Akteuren (Kosten- und Leistungsträger sowie Betriebe) und insbesondere die trägerübergreifende Zusammenarbeit benannt. Weitere Appelle betrafen die Schaffung von (Netzwerk-) Strukturen, die einerseits die frühzeitige, proaktive Identifikation von Rehabilitationsbedarf, sowie im Anschluss die abgestimmte Steuerung von Rehabilitation und Nachsorge erlaubten. Dabei müsse ein besonderes Augenmerk auf die Einbindung kleiner und mittlerer Betriebe gerichtet werden, da diese aufgrund knapper Ressourcen nur in begrenztem Umfang eigene Strukturen vorhalten könnten. Die zentrale Aufgabe bestehe allerdings in der Ent-

wicklung neuer Versorgungsmodelle, die die bestehenden starren Strukturen mit ihren Barrieren überwinden und das Wohl der Betroffenen noch deutlicher in den Mittelpunkt stellen. Da die Qualität neu eingeführter Versorgungsprogramme aufgrund fehlender Evaluationsdaten häufig gar nicht angemessen beurteilt werden könne, müssten systematische Evaluationen bei Einführung innovativer Versorgungsstrukturen verbindlich sein. Angesichts der vielfältigen offenen Baustellen wurde somit deutlich, dass noch einige Brücken zu bauen sind, bis aus Schnittstellen wirklich Nahtstellen werden.

Insgesamt belegte die trotz der vornehmlich regionalen Ausrichtung des vffr-Symposiums sehr hohe Teilnehmerzahl einmal mehr, dass seitens der Reha-Akteure im norddeutschen Raum ein ausgeprägtes Interesse an der Auseinandersetzung mit innovativen rehabilitationsbezogenen Themen besteht, das sich

hoffentlich auch über die Veranstaltung hinaus fortsetzen wird. Die Veranstalter hoffen, mit dem Symposium „Brücken bauen! Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation: Probleme und Lösungen“ einen wichtigen Beitrag zu einem hochaktuellen Thema geleistet zu haben und bedanken sich auf diesem Wege

nochmals herzlich bei allen Referentinnen, Referenten und den verschiedenen anderen Mitwirkenden, die zum Gelingen der Tagung beigetragen haben.

Das Buch zur Tagung wird im Frühjahr 2010 beim Jacobs Verlag erscheinen.

Dr. Sven Rabung
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
E-Mail: srabung@uke.uni-hamburg.de

19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8.3. bis 10.3.2010 in Leipzig

Das jährlich von der Deutschen Rentenversicherung veranstaltete Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium hat sich zum wichtigsten Diskussionsforum für aktuelle und praxisrelevante Ergebnisse aus der Rehabilitationsforschung entwickelt. An der Tagung nehmen über 1.000 Expertinnen und Experten aus Forschung, Medizin, Psychologie und Therapie sowie Gesundheitsmanagement, Verwaltung und Politik teil. Das wissenschaftliche Programm umfasst etwa 280 Fachvorträge und Poster. Plenar- und Übersichtsvorträge (DGRW-Update), eine Plenardiskussion und Satellitenveranstaltungen vertiefen die Themen weiter.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund veranstaltet das 19. Kolloquium gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Das 19. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium wird vom 8.3.2010 bis 10.3.2010 in Leipzig (Congress Center Leipzig) stattfinden. Ziel des Kolloquiums ist der Austausch zwischen Reha-Wissenschaft und Reha-Praxis über aktuelle Forschungsergebnisse und Konzepte zur wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung der Rehabilitation.

Mit dem Rahmenthema "Qualität in der Rehabilitation - Management, Praxis, Forschung" liegt der inhaltliche Schwerpunkt auf der Optimierung und Weiterentwicklung der Rehabilitationsprozesse durch systematische Qualitätsverbesserung. Was macht die Qualität der Rehabilitation aus und wie kommt sie zustande? Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung erlauben eine differenzierte Betrachtung der Reha-Einrichtungen, so dass Stärken oder Schwachstellen frühzeitig erkannt werden können. Zertifizierung, Reha-Therapiestandards und Einrichtungsvergleiche bilden die Grundlage für einen qualitätsorientierten Wettbewerb. Die Rehabilitationswissenschaften tragen nicht nur zur Transparenz und Verbesserung der Qualität in der Rehabilitation bei, sondern die Qualitätssicherung ist u. a. bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren und geeigneten Erhebungsinstrumenten selbst Gegenstand der Forschung.

Als Themenschwerpunkte des 19. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums erwarten Sie:

- Qualität in der Rehabilitation
- Theorie und Methodik
- Allgemeine Rehabilitationswissenschaften
- Rehabilitation und Arbeitswelt
- Rehabilitationswissenschaftliche Einzeldisziplinen
- Ausgewählte Indikationsbereiche
- Reha-Konzepte: Innovationswerkstatt

Weitergehende Informationen finden Sie im Veranstaltungskalender sowie im Internet unter: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/rehakolloquium.

**„Qualität in
der
Rehabilitation
-
Management,
Praxis,
Forschung“**

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2010 vom 5.5. bis 7.5.2010 in Berlin

Vom 5. bis 7. Mai 2010 findet der 13. Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit im Berliner Internationalen Congress Centrum (ICC) statt. Erwartet werden wieder über 8.000 Teilnehmer aus Klinikmanagement, Medizin und Pflege sowie aus Gesundheitspolitik, Gesundheitswirtschaft und Wissenschaft.

Auch in 2010 finden im Rahmen des Hauptstadtkongresses folgende Veranstaltungen statt:

- Hauptstadtforum Gesundheitspolitik
- Managementkongress Krankenhaus Klinik Rehabilitation (KKR)
- Deutsches Ärzteforum
- Deutscher Pflegekongress.

Dach des Kongresses ist das Hauptstadtforum Gesundheitspolitik mit dem Tag der Versicherungen. Von großer Bedeutung wird hier erneut das Thema älter werdende Gesellschaft sein. Der Managementkongress Krankenhaus Klinik Rehabilitation (KKR) befasst sich nicht nur mit dem Krankenhaus als Unternehmen, sondern auch mit dem Patienten als mündigen und informierten Kunden. Das Deutsche Ärzteforum, das seit zehn Jahren zum Hauptstadtkongress gehört und 2010 Jubiläum feiert, beschäftigt sich vor allem mit der Förderung ärztlichen Nachwuchses, der Aus- und Fortbildung und mit dem sich wandelnden Selbstverständnis des Arztberufes. Im Rahmen des Deutschen Pflegekongress 2010 geht es schließlich um die zentralen Fragen nach der Personalentwicklung in der Altenhilfe, dem Bürokratieabbau, um die Frage, wer Angehörige von Pflegebedürftigen am besten berät, um den Pflegebegriff und um das Verhältnis von Pflegewissenschaft zur Pflegepraxis.

Weitergehende Informationen finden Sie im Veranstaltungskalender sowie im Internet unter: <http://www.hauptstadtkongress.de/2010/>

37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf- Erkrankungen e.V. vom 5.6. bis 6.6.2010 in Berlin

Zwischen 1980 und 2002 hat die Lebenserwartung in Deutschland um 5,8 Jahre zugenommen. Den größten Beitrag zu diesem Erfolg der Medizin leistete die Reduktion der kardiovaskulären Sterblichkeit. Überraschenderweise zeigt sich, dass fast 60% des Gewinns an Lebensjahren auf eine erfolgreiche Risikofaktormodifikation zurückzuführen sind. Diese Erkenntnis stärkt die Bedeutung der kardiologischen Rehabilitation als Bindeglied zwischen der notwendigen Akuttherapie und der prognosebestimmenden Dauerbehandlung, als Brücke zwischen Krankenhausbehandlung und ambulanter Versorgung im niedergelassenen Bereich.

Vor diesem Hintergrund wird sich ein wesentlicher Teil des Programms der 37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen den Strukturfragen der Rehabilitationsmedizin widmen. Den wissenschaftliche Schwerpunkt der Jahrestagung stellt die Vorstellung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren zu den Problem-bereichen Klappen- und Aortenerkrankungen sowie diastolische Herzinsuffizienz dar.

Neben der somatischen Medizin beeinflussen auch Krankheitsverarbeitung und psychische Begleiterkrankungen insbesondere beim älteren Patienten die Prognose. Gerade in Zeiten einer technisch dominierten Akutmedizin kommt den Rehabilitationseinrichtungen hier eine zunehmende Bedeutung zu, Demenz, Depression und Angststörung frühzeitig zu erkennen und eine gezielte Therapie einzuleiten.

Kardiologische Rehabilitation und weiterführende ambulante Sekundärprävention sind die entscheidenden Stellschrauben für den weiteren Krankheitsverlauf unserer Herz-Kreislaufpatienten. Es werden individuelle Therapiepläne erarbeitet, die unsere gemeinsamen Patienten oft jahrelang begleiten.

Weitergehende Informationen finden Sie im Veranstaltungskalender sowie im Internet unter: www.dgpr2010.de.

**"Kardiologische
Rehabilitation -
Bindeglied zwischen
Akuttherapie und
Dauerbehandlung"**

9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung vom 30.9. bis 2.10.2010 in Bonn

Die seit 2002 stattfindende Kongressreihe zur Versorgungsforschung hat zum Ziel, diese besondere Form der Forschung in das Blickfeld der Medizin, der Gesundheitswissenschaften und der Gesellschaft zu rücken.

Die Ständige Kongresskommission hat sich in den vergangenen Jahren weiter vergrößert und aktiv und erfolgreich ihre Ziele verfolgen können. Aus dieser Arbeitsgruppe hat sich - aufgrund der stattfindenden Wachstums- und Veränderungsprozesse - im Mai 2006 der Verein "Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung" (DNVF) gegründet. Im Rahmen dieses Vereines werden die Ziele und Aufgaben der ehemaligen Ständigen Kongresskommission ausgebaut und weiterverfolgt. Die Ausrichtung des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung wurde innerhalb dieser Arbeitsgruppe bereits bis zum Jahr 2010 an verschiedene Fachgesellschaften vergeben, der 9. DKVF 2010 wird von dem Aktionsbündnis Patientensicherheit ausgerichtet. Er findet vom 30.9.-2.10.2010 in Bonn statt.

Weitergehende Informationen finden Sie in Kürze unter: www.dkvf2010.de

Literaturempfehlung

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

Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation

ca. 180 S., Lage 2010,
ISBN 978-3-89918-198-0, 19,90 Euro
Neuerscheinung, erhältlich ab Frühjahr 2010

Die Schnittstellen in der Versorgung chronisch Kranker ergeben sich an allen Übergängen im Gesundheitssystem und betreffen die unterschiedlichen Versorgungs- und Behandlungsinstitutionen gleichermaßen. Insbesondere das System der medizinischen Rehabilitation scheint mit dem Problem der Schnittstellen konfrontiert.

Sie betreffen die frühzeitige Erkennung des Reha-Bedarfs, den Zugang des Patienten zur Rehabilitation sowie die vielfältigen Notwendigkeiten der Reha-Nachsorge im weiteren Sinn.

Das Buch behandelt die folgenden Fragen:
Welche Chancen beinhalten geregelte Behandlungsprozesse und Case Management Verfahren für die Überwindung der Schnitt-



stellen? Welche Formen der Reha- Nachsorge gewährleisten eine kontinuierliche Versorgung chronisch Kranker ohne Reibungsverluste? Welcher Preis ist für die Überwindung der Schnittstellen zu bezahlen?

Das Buch richtet sich an alle wissenschaftlich interessierten Reha- und Akutkliniken, Mitarbeiter von Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, Kostenträger, Gesundheitsbehörden, Betriebs- und niedergelassene Ärzte, Reha-Wissenschaftler sowie alle Reha Interessierten.

Termine 2010

- 05.01.2010 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.
„Methodenschwerpunkt: Anwendung Hierarchischer Modelle für die Versorgungsforschung“ (Dr. L. Kriston, Hamburg). Ort: Institut für Medizinische Psychologie, UKE. Zeit: 15:30-17.00 Uhr. Info: Dr. Sven Rabung, Tel. 040/7410-58138, Mail: srabung@uke.de.
- 13.01.2010 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
"Gesunde Arbeit für alle - Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verbesserung betrieblicher Gesundheitspolitik insbesondere in Klein- und Mittelbetrieben in Norddeutschland" (K.-H. Köpke, Hamburg). Ort: DRV Nord, Ziegelstr. 150. Zeit: 16.15-17.45 Uhr. Info: Claudia Kapahnke (DRV Nord, Reha-Strategie), Tel. 0451/485-1641, Mail: claudia.kapahnke@drv-nord.de.
- 14.-15.01.2010 **Fachtagung des NETZWERK ARTIKEL 3 e.V., der DGRW und des Instituts Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW)** in Berlin. "Die Wirkung der Behindertenrechtskonvention auf die Rehabilitation in Deutschland – Impulse und Perspektiven". Ort: Kleisthaus (Mauerstr. 53, 10117 Berlin). Info-Flyer unter: www.netzwerk-artikel-3.de oder www.dgrw-online.de.
- 19.01.2010 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.
„Implementing Shared Decision-Making into Health Care: The Foundation of Informed Medical Decision Making's Approach“ (M. Beinfeld, Boston/USA). Ort: Institut für Medizinische Psychologie, UKE. Zeit: 15:30-17.00 Uhr. Info: Dr. Sven Rabung, Tel. 040/7410-58138, Mail: srabung@uke.de.
- 02.02.2010 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.
„Kommunikative Präferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten in der Onkologie“ (C. Lehmann, Dr. A. Mehnert, Hamburg). Ort: Institut für Medizinische Psychologie, UKE. Zeit: 15:30-17.00 Uhr. Info: Dr. Sven Rabung, Tel. 040/7410-58138, Mail: srabung@uke.de.
- 16.02.2010 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.
„Entwicklung eines international validierten Instrumentariums zur Erfassung psychischer Belastungen, Störungen und Funktionseinschränkungen“ (Dr. S. Andreas, J. Volkert, PD Dr. H. Schulz, Prof. Dr. Dr. M. Härter, Hamburg). Ort: Institut für Medizinische Psychologie, UKE. Zeit: 15:30-17.00 Uhr. Info: Dr. Sven Rabung, Tel. 040/7410-58138, Mail: srabung@uke.de.
- 25.02.2010 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.
„Fachübergreifende Frührehabilitation“ (Dr. U. Peschel, Hamburg). Ort: Bibliothek des Instituts für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Haus 50, I. Stock, Ratzeburger Allee 160. Zeit: 16:15-17:45 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/500-5847, Mail: ruth.deck@uk-sh.de.
- 25.-27.02.2010 **11. Jahrestagung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) e.V.** in Salzburg/Österreich. „EbM - ein Gewinn für die Arzt-Patient-Beziehung“. Ort: Bildungs- und Konferenzzentrum St. Virgil Salzburg (Ernst-Grein-Str. 14, A-5026 Salzburg). Infos unter: <http://ebm-kongress.de/>.
- 08.-10.03.2010 **19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium** in Leipzig.
"Qualität in der Rehabilitation - Management, Praxis, Forschung". Ort: Congress Center Leipzig (Messe-Allee 1, 04356 Leipzig). Info: Deutsche Rentenversicherung Bund, E-Mail: kolloquium@drv-bund.de, Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de/rehakolloquium.
- 23.03.2010 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern.**
Thema und Veranstaltungsort standen zu Redaktionsschluss noch nicht fest. 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: mooock.joern@uni-greifswald.de.
- 21.04.2010 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
Thema stand zu Redaktionsschluss noch nicht fest. Ort: DRV Nord, Ziegelstr. 150. Zeit: 16.15-17.45 Uhr. Info: Claudia Kapahnke (Deutsche Rentenversicherung Nord, Reha-Strategie), Tel. 0451/485-1641, Mail: claudia.kapahnke@drv-nord.de.
- 22.-24.04.2010 **2. Springschool der AG Methoden der DGRW in Kooperation mit dem NVRF e.V.** in Reinfeld (bei Lübeck). "Evidenz-basierte Rehabilitation - Rehabilitationswissenschaftliche Texte lesen und nutzen". Ort: Bildungszentrum Reinfeld e.V. (Ahrensböcker Str. 51, 23858 Reinfeld). Information und Anmeldung: Dr. Thorsten Meyer, Tel. 0451/500-5846, E-Mail thorsten.meyer@uk-sh.de. Infolyer unter: www.dgrw-online.de oder www.nvrf.de.

Termine 2010 (Forts.)

- 05.-07.05.2010 **Hauptstadtkongress 2010** in Berlin.
„Medizin und Gesundheit“. Ort: Internationales Congress Centrum (ICC) Berlin (Messedamm 22, 14055 Berlin). Info: www.hauptstadtkongress.de/2010.
- 03.06.2010 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.
Erfolg der Reha bei Rückenschmerzen (Dr. T. Meyer, Lübeck). Ort: Bibliothek des Instituts für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Haus 50, I. Stock, Ratzeburger Allee 160. Zeit: 16:15-17:45 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/500-5847, Mail: ruth.deck@uk-sh.de.
- 05.-06.06.2010 **37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V. (DGPR)** in Berlin.
„Kardiologische Rehabilitation – Bindeglied zwischen Akut-Therapie und Dauerbehandlung“. Ort: Hilton Hotel Berlin (Mohrenstraße 30, 10117 Berlin). Info: www.dgpr2010.de.
- 15.06.2010 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern**.
Thema und Veranstaltungsort standen zu Redaktionsschluss noch nicht fest. 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: moock.joern@uni-greifswald.de.
- 07.07.2010 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
Thema stand zu Redaktionsschluss noch nicht fest. Ort: DRV Nord, Ziegelstr. 150. Zeit: 16.15-17.45 Uhr. Info: Claudia Kapahnke (Deutsche Rentenversicherung Nord, Reha-Strategie), Tel. 0451/485-1641, Mail: claudia.kapahnke@drv-nord.de.
- 02.09.2010 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.
„Zukunft der Rehabilitation“ (Dr. N. Glaser-Möller, N.N., Lübeck). Ort: Bibliothek des Instituts für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Haus 50, I. Stock, Ratzeburger Allee 160. Zeit: 16:15-17:45 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/500-5847, Mail: ruth.deck@uk-sh.de.
- 02.-04.09.2010 **4. Summerschool der AG Methoden der DGRW in Kooperation mit dem NVRF e.V.** in Bielefeld. "Methodische Grundlagen der Rehabilitationsforschung". Ort: Bielefeld. Information: Anne-Kathrin Exner, Tel. 0521/106-4330, E-Mail anne-kathrin.exner@uni-bielefeld.de. Infolyer unter: www.dgrw-online.de.
- 15.-18.09.2010 **Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie** in Gießen.
„Schnittstellen“. Ort: Philosophikum II (Karl-Glöckner-Str. 21, 35394 Gießen). Info: www.dgmp-online.de.
- 30.09.-02.10.2010 **9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung** in Bonn.
Informationen zum Kongress finden Sie in Kürze unter www.dkvf2010.de.
- 06.10.2010 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
Thema stand zu Redaktionsschluss noch nicht fest. Ort: DRV Nord, Ziegelstr. 150. Zeit: 16.15-17.45 Uhr. Info: Claudia Kapahnke (Deutsche Rentenversicherung Nord, Reha-Strategie), Tel. 0451/485-1641, Mail: claudia.kapahnke@drv-nord.de.
- 12.10.2010 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern**.
Thema und Veranstaltungsort standen zu Redaktionsschluss noch nicht fest. 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: moock.joern@uni-greifswald.de.
- 02.12.2010 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.
„Reha-Nachsorge – Langfristige Erfolge?“ (Dr. Deck, Dr. Hüppe, Dr. Schramm, Lübeck). Ort: Bibliothek des Instituts für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Haus 50, I. Stock, Ratzeburger Allee 160. Zeit: 16:15-17:45 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/500-5847, Mail: ruth.deck@uk-sh.de.
- 06.12.2010 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern**.
Thema und Veranstaltungsort standen zu Redaktionsschluss noch nicht fest. 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: moock.joern@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
Universitätsklinikum Schleswig-
Holstein, Campus Lübeck,
Ratzeburger Allee 160, Haus 50,
23538 Lübeck
Telefon: 0451/500-5847
Fax: 0451/500-5872
E-Mail: ruth.deck@uk-sh.de

Methodenzentrum

Mecklenburg-Vorpommern:

Dr. Jörn Mook
Abteilung Methoden der
Community Medicine
Universität Greifswald
Walter Rathenau Str. 48,
17487 Greifswald
Telefon: 03834/86-7762
Fax: 03834/86-7766
E-Mail: joern.mook@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 Mook, Ruth Deck, Nathalie Glaser-Möller

Erscheinungsweise:

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

Die nächste Ausgabe der „vffr-news“ erscheint voraussichtlich im Juni 2010.

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)