

Die Inhalte:

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

In dieser Ausgabe:

vffr-news, die sechste	1
Neues aus dem vffr	2
NVRF-News	7
Arbeitgeber-service der DRV: GeniAL	8
Gender Mainstreaming in der Rehabilitation	10
Veranstaltungen, Neuerscheinungen & mehr	13
Impressum	16

"vffr-news" - sechs Richtige...

Liebe Leserinnen und Leser,

in der vorliegenden sechsten 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 Informationen zu aktuellen Reha- bzw. Rehaforschungs-relevanten Entwicklungen, insbesondere aus dem norddeutschen Raum, zusammengestellt.

Wie üblich startet der Newsletter mit Informationen aus dem vffr. Hier wollen wir Ihnen nach einem kurzen Rückblick auf das vffr-Jahr 2009 insbesondere die verschiedenen im vergangenen Jahr abgeschlossenen vffr-geförderten Forschungsprojekte vorstellen und auf die Präsentation vffr-geförderter Projekte im Rahmen des diesjährigen Rehawissenschaftlichen Kolloquiums aufmerksam machen.

Zu unserem großen Bedauern hat der Norddeutsche Verbund für Rehabilitationsforschung e.V. (NVRF), dessen Beiträge von Anfang an einen festen Bestandteil der vffr-news darstellten, im April 2010 seine Auflösung zum Jahresende beschlossen. Zu den Hintergründen informieren wir Sie im Rahmen eines letzten kurzen NVRF-Newsletters in diesem Heft.

In einem Beitrag aus der Deutschen Rentenversicherung Nord (DRV Nord) wird daraufhin mit dem Modellprojekt GeniAL ein erweitertes Beratungsangebot der DRV zum altersgerechten Arbeiten vorgestellt, das sich speziell an klein- und mittelständische Unternehmen richtet.

Daran anschließend erläutert Dr. Kupatz in einem weiteren Beitrag das Konzept des „Gender Mainstreaming“ und

seine Bedeutung für die Medizin im Allgemeinen und die Rehabilitation im Besonderen.

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 einen schönen Sommer 2010!

Dr. Sven Rabung
Redaktion vffr-news



Neues aus dem vffr

Im Rahmen der Vorstandssitzung und Mitgliederversammlung des vffr am 23. März 2010 in Lübeck konnte ein positives Fazit zum zurückliegenden Jahr 2009 gezogen werden.

In 2009 konnten fünf vom vffr geförderte Forschungsprojekte

abgeschlossen (siehe unten) und fünf neu beantragte Projekte bewilligt werden. Daneben wurde für mehrere Antragsskizzen nach positiver Beratung durch den Vorstand die Ausarbeitung eines Vollertrages empfohlen.

Auch 2010 hoffen wir wieder auf einen regen Eingang von Forschungsanträgen und möchten Sie auf diesem Wege dazu ermutigen, Ihre Forschungsideen mit uns zu diskutieren und ggf. einen Antrag auf Förderung einzureichen.

Vorstellung abgeschlossener vffr-geförderter Projekte

Auch in der vorliegenden Ausgabe der vffr-news wollen wir Ihnen gerne wieder einen Einblick in die Vielfalt der Rehabilitationsforschung ver-

mitteln, 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.

Nachbeobachtung von Patienten der HANSA-Studie

Projektleiter	E. Hoberg
Einrichtung	Mühlenbergklinik – Holsteinische Schweiz, Bad Malente
Projektnr.	54
Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationen	Kompass Klinik Kiel; Klinik Silbermühle, Plau am See; Prof. Dr. K. Wegscheider, Berlin; MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar; Fa. MeckEvidence, Hohen Spreng
Hintergrund	Die HANSA-Studie hat gezeigt, dass durch die Teilnahme an 3 halbtägigen Auffrischkursen im ersten Jahr nach kardio-logischer Anschlussrehabilitation (AHB) ein positiver Effekt auf das Risikofaktorenprofil für nachfolgende kardiovaskuläre Ereignisse erreicht wird.
Zielsetzung/ Fragestellung	Ziel der vorliegenden Untersuchung war es zu prüfen, ob der positive Effekt der auf das erste Jahr nach AHB beschränkten Intervention über einen längeren Zeitraum anhält und möglicherweise den klinischen Verlauf beeinflusst.
Methodik	Die Patienten der HANSA-Studie wurden 2 und 4 Jahre nach AHB-Ende in einer standardisierten telefonischen Befragung durch die Studienkoordinationszentrale untersucht. Hauptzielkriterium der Nachbeobachtung 2 Jahre nach AHB-Ende war die Nachhaltigkeit der Auffrischkurse in Bezug auf das Risikofaktorenprofil. Hauptzielkriterium der Nacherhebung 4 Jahre nach AHB-Ende war der mögliche Einfluss der Auffrischkurse auf klinische Ereignisse. Nebenfragestellungen bezogen sich auf die Verringerung der Erwerbs- und Arbeitsunfähigkeit, die längere Durchführung regelmäßiger Ausdauertrainings sowie die Zunahme der leitliniengerechten medikamentösen Therapie.
Ergebnisse	2 und 4 Jahre nach AHB-Ende fanden sich bezüglich des kardiovaskulären Risikoscores und der weiteren untersuchten Parameter keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Lediglich die durchschnittliche körperliche Aktivität fiel in der Interventionsgruppe signifikant höher aus. Der Risikoscore lag in beiden Gruppen jeweils niedriger als zu Beginn der AHB. Der Angleich der Scores zwischen den Gruppen ist auf eine Reduktion des Scores in der Kontrollgruppe zwischen dem 1. und 2. Jahr nach AHB-Ende zurückzuführen. Ein positiver Einfluss der Intervention auf den klinischen Verlauf ließ sich nicht verifizieren.
Diskussion	Der 1 Jahr nach AHB zu verzeichnende Interventionseffekt ließ sich zu den späteren Zeitpunkten nicht mehr nachweisen. Diese Anpassung in der Zeit, in der keine Interventionen mehr statt fanden, ging darauf zurück, dass in der Kontrollgruppe durch eine konsequentere Einstellung von Gesamt-Cholesterin und systolischem Blutdruck eine Verbesserung des Risikoscores zu verzeichnen war. Ein nachhaltiger Unterschied zwischen den Gruppen bestand lediglich in Bezug auf die körperliche Aktivität, die in der Interventionsgruppe signifikant höher blieb als in der Kontrollgruppe.
Fazit für die Praxis	Da die Intervention auf 3 Auffrischkurse innerhalb des ersten Jahres nach AHB-Ende begrenzt war, muss die Frage offen bleiben, ob ein intensiveres Nachsorgeprogramm, insbesondere ob ein über einen längeren Zeitraum angelegtes Konzept die Nachhaltigkeit der AHB verbessern kann.



Randomisierte Studie zu Effekten eines interdisziplinären Kontinenz-Trainingsprogramms während stationärer Rehabilitation bei Männern mit Prostatakrebs nach radikaler retropubischer Prostatektomie ¹

R. Simeit, P. Schönrock-Nabulsi

Röpersbergklinik Ratzeburg

88

(1) Röpersbergklinik Ratzeburg & (2) Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Lübeck: Ruth Deck (2), Mariann Fiedrich (1), Thomas Drechsler (1), Rico Schlobeit (1), Sebastian Roenpage (1)

Eine der am weitesten verbreiteten malignen Tumorarten bei Männern ist das Prostatakarzinom. Wird es in einem frühen Stadium entdeckt, stellt die radikale Prostatektomie die am häufigsten angewandte Behandlungsmaßnahme dar. Als eine typische Nachwirkung der Operation bleibt je nach Operationsmethode, Allgemeinzustand und Alter des Patienten eine Belastungsinkontinenz I., II. oder III. Grades zurück.

Die vorliegende Studie widmet sich der Fragestellung, inwieweit radikal prostatektomierte Männer hinsichtlich ihrer Kontinenzgewinnung und ihrer Lebensqualität von einem interdisziplinären Kontinenztraining profitieren, an dem sie während einer dreiwöchigen, stationären Rehabilitation teilnehmen.

Es handelt sich um eine klinische Längsschnittstudie mit randomisiert kontrolliertem Design und zwei Interventionsgruppen (Kontinenztraining mit/ohne zusätzliches Hilfsmittel (BB+ Trainer)). Die Kontinenz wurde u.a. mittels verschiedener objektiver und Selbstbewertungsparameter gemessen, die Erfassung der Lebensqualität erfolgte mit dem EORTC-QLQ-C30 und dem EORTC-PR25. Weitere Parameter wurden als potenzielle Kovariaten erhoben. Die Zielkriterien wurden zu vier Messzeitpunkten erhoben: zu Beginn und am Ende der AHB, 6 Wochen und 6 Monate nach Abschluss der AHB. Die Definition des optimalen Zielparameters (Inkontinenz) erfolgte anhand einer schrittweisen Regressionsanalyse. Die Bestimmung der Effekte erfolgte anhand von multivariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung.

Die Teilnehmer beider Gruppen zeigen bereits innerhalb der drei Wochen in den Zielparametern signifikante und bedeutsame Verbesserungen (Effektstärken um 0,5 – 0,8). In der Halbjahreskatamnese verbessern sich die Ergebnisse weiter mit Effektstärken größer 1. Über 70% der Männer schätzen sich als kontinent ein. Zwischen den Gruppen zeigen sich leichte Unterschiede zugunsten des zusätzlichen Einsatzes des BB+ Trainers, unter anderem hinsichtlich des Sexuallebens.

Die ersten positiven Effekte des Kontinenztrainings hinsichtlich Kontinenzverbesserung und Lebensqualität treten zügig bereits während der Anschlussheilbehandlung selbst ein und stabilisieren sich auf hohem Niveau bis zur Halbjahreskatamnese. Der BB+ Trainer als zusätzliches Hilfsmittel für das sensorische Training der Beckenbodenmuskulatur zeigt zum Teil leichte Vorteile in der Geschwindigkeit der Kontinenzgewinnung und der Wiederaufnahme sexueller Aktivitäten. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität und der Kontinenzzustand stehen in einer engen Wechselwirkung.

Die Wirksamkeit des Kontinenztrainings konnte belegt und bestehende Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Inkontinenz und Lebensqualität bestätigt werden. Zugleich wurden aber auch neue Fragen aufgeworfen. Weitergehender Untersuchungsbedarf besteht beispielsweise bezüglich der differenzierteren Zusammenhänge zwischen Inkontinenz und spezifischen Lebensqualitätsparametern wie der Sexualfunktionen oder zu den Bedingungen der Wiederaufnahme des Erwerbslebens.

Evaluation eines Behandlungsprogrammes für adipöse Patienten mit psychischer Komorbidität in der Curtius Klinik

S. Kleinschmidt, D. Laniewicz

Curtius-Klinik, Bad Malente

113 ...

Projektleiter

Einrichtung

Projektnr.

Beteiligte
Einrichtungen/
Kooperationen

Hintergrund

Zielsetzung/
Fragestellung

Methodik

Ergebnisse

Diskussion

Fazit für die
Praxis

Projektleiter

Einrichtung

Projektnr.



(Fortsetzung - Projekt 113)

Hintergrund	In der Curtius-Klinik wurde eine zunehmende Zahl adipöser Patienten mit erheblicher psychischer Komorbidität registriert, deren Gewichtsentwicklung eng mit der psychischen Erkrankung verknüpft zu sein schien. Um dieser Patientengruppe mit ihren erheblichen somatischen Gefährdungen und Behandlungsanforderungen besser gerecht werden zu können, wurde unter Berücksichtigung der evidenz-basierten Behandlungsleitlinien der deutschen Adipositas Gesellschaft ein integratives Behandlungsprogramm entwickelt, das verhaltensmedizinische, tiefenpsychologische und somatische Behandlungsbausteine kombiniert und seit 2000 durchgehend in der Curtius Klinik angeboten wird.
Zielsetzung/ Fragestellung	Das Anliegen der Forschungsarbeit besteht darin, einen Überblick über die kurz- und langfristigen Ergebnisse dieser Behandlung zu gewinnen, Vergleiche mit den Ergebnissen anderer Behandlungsstrategien zu ermöglichen und Daten über die Aufrechterhaltung der Behandlungsergebnisse zu sammeln.
Methodik	Zur Vorbereitung einer kontrollierten Vergleichsstudie wurde ein Leitfaden entwickelt, mit dessen Hilfe geeignete Vergleichskliniken identifiziert werden sollten, sowie ein Patientenfragebogen, um die interessierenden Zielgrößen bei der beschriebenen Klientel prospektiv zu erheben. Im Untersuchungszeitraum konnten bereits 96 Patienten der Curtius-Klinik in eine prospektive Studie eingeschlossen werden.
Ergebnisse	Trotz umfangreicher Bemühungen gelang es nicht, eine geeignete Vergleichsklinik für das Forschungsvorhaben zu gewinnen, so dass auf die angestrebte Durchführung einer randomisiert kontrollierten Studie verzichtet werden musste. Die bisher im Rahmen der stattdessen realisierten Beobachtungsstudie über einen Zeitraum von einem halben Jahr erhobenen Daten deuten auf eine positive Veränderung des Gewichtsverlaufes, der Essstörungspathologie, der Einschätzung zur körperlichen Effizienz und zur psychischen Lebensqualität hin. Aus dem Verlauf der Zielparameter bis zum ersten Follow-up (6 Monate nach Entlassung) lässt sich in Übereinstimmung mit bisherigen Studien die Notwendigkeit einer ambulanten Weiterbehandlung ableiten. Ergebnisse zum langfristigen Behandlungserfolg (1 Jahr nach Entlassung) lagen zum Ende des Berichtszeitraums noch nicht vor.
Diskussion	In Anbetracht der Schwierigkeiten, andere Kliniken für das Forschungsvorhaben zu gewinnen, empfiehlt sich für die zukünftige Planung ähnlicher Studien, mögliche Vergleichskliniken frühzeitig mit in die Forschungsplanung einzubeziehen und den organisatorischen Aufwand angemessen zu honorieren.
Fazit für die Praxis	Die Ergebnisse des Evaluationsprozesses in der Curtius-Klinik legen nahe, dass positive Effekte sowohl bezüglich des Gewichts, der Essstörungspathologie und auch der Lebensqualität erzielt werden können. Dieses vorläufige Ergebnis verweist darauf, dass tiefenpsychologische Elemente, insbesondere bei einer psychisch überaus stark belasteten Klientel durchaus erfolgreich eingesetzt werden können. Um die Effekte zu stabilisieren bedarf es jedoch, wie in entsprechen Leitlinien empfohlen, eines strukturierten nachstationären Angebotes.

Identifikation von Determinanten der Gewichtsreduktion bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas – Phase 1

Projektleiter	R. Schiel, A. Kaps
Einrichtung	MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf
Projektnr.	121/132
Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationen	Institut für Community Medicine und Institut für Psychologie, Ernst-Moritz-Arndt Universität, Greifswald
	...



(Fortsetzung - Projekt 1211132)

Vorliegende Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas und Übergewicht, die an Programmen zur Gewichtsreduktion teilgenommen haben, belegen eine hohe Varianz bezüglich der Ergebnisse. Die meisten Studien belegen eine kurzfristige Gewichtsreduktion, danach aber wieder eine Gewichtszunahme. Systematische Nachuntersuchungen und Subgruppenanalysen in der MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf zeigen eine Splitting in „gute Responder“, die effektiv und über längere Zeiträume ihr Gewicht reduzieren können, und „marginale Responder“, bei denen sich 4 bis 6 Monate nach der Behandlung kein Effekt oder sogar eine leichte Gewichtszunahme ergibt. Die hierfür verantwortlichen Determinanten, die bereits zu Beginn der Behandlung eine Prognose über das Behandlungsergebnis erlauben könnten, wurden bislang kaum untersucht.

Hintergrund

Ziel des Projektes ist die Entwicklung und Evaluation eines Untersuchungsprogramms zur Identifikation von Determinanten der Gewichtsreduktion. Die frühzeitige Identifikation unterschiedlicher Respondergruppen würde eine abgestimmtere Therapiesteuerung ermöglichen.

Zielsetzung/
Fragestellung

In Phase I wurde ein geeignetes Untersuchungsprogramm interdisziplinär unter Mitarbeit von Psychologen, Ärzten, Soziologen, Pädagogen, Ernährungs-, Ergo- und Bewegungstherapeuten entwickelt. Eine erste Version des resultierenden Fragebogens umfasste 193 Items und wurde an 97 Kindern und Jugendlichen während des stationären Aufenthaltes von sechs Wochen erprobt.

Methodik

Die identifizierten Determinanten der Gewichtsreduktion lassen sich in drei Bereiche unterteilen: Medizinische (z.B. Gewicht bzw. BMI bei Aufnahme), psychosoziale (z.B. Konflikte in der Schule, geregelter Tagesablauf, Häufigkeit von Sport) sowie psychologische Parameter (z. B. Motivation, Familienklima, Stressbewältigung). Gemäß den identifizierten Determinanten wurde ein Fragebogeninstrumentarium entwickelt, das 8 psychologische Domänen mit 39 Items enthält.

Ergebnisse

Das neu entwickelte Untersuchungsprogramm hat sich in Phase I der Studie als geeignet erwiesen, relevante Determinanten der kurzfristigen Gewichtsreduktion zu identifizieren. In Phase 2 soll es im Rahmen einer umfangreicheren Evaluation validiert und bezüglich seiner prognostischen Eignung bezüglich der langfristigen Effektivität der Gewichtsabnahme überprüft werden.

Diskussion

In einer zweiten Studienphase soll nun multizentrisch eine größere Kohorte von Kindern und Jugendlichen mit dem überarbeiteten, vollständigen Untersuchungsprogramm untersucht werden. Nach Teilnahme am stationären Behandlungs- und Schulungsprogramm werden alle eingeschlossenen Kinder und Jugendlichen in definierten Abständen ambulant nachuntersucht, um die Eignung der Indikatoren zur Vorhersage der Effektivität der Gewichtsabnahme auch langfristig zu evaluieren.

Fazit für die
Praxis

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

W. Spijkers

Projektleiter

Lehr- und Forschungsgebiet „Berufliche Rehabilitation“, Institut für Psychologie der RWTH Aachen
135

Einrichtung

Berufsförderungswerk Hamburg

Projektnr.

Beteiligte
Einrichtungen/
Kooperationen

Im Zuge der Weiterentwicklung beruflicher Rehabilitation stellen die Berufsförderungswerke im Verbund der ARGE BFW seit 2007 die individualisierte Qualifizierung in den Mittelpunkt. Ziel ist die nachhaltige Integration der Rehabilitanden. Zur Umsetzung dieses Ziels entwickelte das Berufsförderungswerk Hamburg die „Methode BFW Hamburg – Individuelle Wege in Arbeit“. Diese wurde bereits erprobt und anschließend flächendeckend eingesetzt, jedoch bislang noch nicht systematisch evaluiert. Dies ist allerdings von großem Interesse, da jährlich ca. 1000 Rehabilitanden nach der neuen Methode qualifiziert werden.

Hintergrund

...



(Fortsetzung - Projekt 135)

Zielsetzung/ Fragestellung	Durch die Verschriftung der „Methode BFW Hamburg“ und die Darstellung ihrer bisherigen Umsetzung sollte im Rahmen einer Vorstudie zunächst die Machbarkeit einer Evaluationsstudie überprüft werden. Ein detailliertes Studienprotokoll soll darüber hinaus Auskunft geben, wie ein geeignetes Evaluationsprojekt im Konkreten gestaltet werden sollte.
Methodik	Im Rahmen von Interviews mit Angestellten des BFW wurden relevante Informationen zu Organisation, Ablauf und konkreter Umsetzung der neuen Methode, zu ergänzenden Kurs- und Beratungsangeboten sowie zu für eine Evaluation zur Verfügung stehenden Daten gesammelt. Darüber hinaus wurde umfangreiches, BFW-internes Dokumentationsmaterial herangezogen. Zur Beurteilung der Umsetzung der neuen Methode wurden aus den zur Verfügung stehenden Informationen die wichtigsten, mit der neuen Methode einhergehenden, praktischen Innovationen extrahiert (Steigerung der Reintegration, Kurs- und Beratungsangebot, Integrationsmanager, Kompetenzeinschätzung, Zielvereinbarungen, Lernaufträge, Selbstlernzentrum, Zeitliche Flexibilität, Vorbereitungslehrgänge).
Ergebnisse	Mit der resultierenden Verschriftung der Methode BFW Hamburg liegt eine Beschreibung des konzeptionellen Rahmens der neuen Methode vor, die durch eine Darstellung des Umsetzungsstandes ergänzt wird. Die bislang eingeführten Neuerungen werden der Absicht einer individuellen Qualifizierung am BFW Hamburg in grundlegender Form gerecht. Einige Elemente, die mit der neuen Methode in Zusammenhang stehen, wurden jedoch noch nicht bzw. noch nicht vollständig umgesetzt. Dies betrifft vor allem die Anpassung aller Qualifizierungsbausteine an das Konzept der zentralen Kompetenzdimensionen sowie die Standardisierung der während des Rehabilitationsprozesses verwendeten Instrumente.
Diskussion	Die Umsetzung der neuen Methode ist noch nicht abgeschlossen, sondern wird derzeit weiterentwickelt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass seit der Einführung der neuen Methode am BFW Hamburg individualisierter und integrations-orientierter qualifiziert wird. Allerdings fehlt bislang eine Kontrollinstanz, die die Neuerungen auf ihre Richtigkeit hin evaluiert.
Fazit für die Praxis	Inwieweit die neue Methode die erwünschten Resultate erzielt, wie z.B. höhere Reintegrationsquoten, muss in einer Evaluationsstudie untersucht werden. Das im Rahmen der Vorstudie entwickelte Studienprotokoll zeigt auf, wie ein solches Evaluationsvorgehen aussehen sollte.

Präsentation vffr-geförderter Projekte beim Rehakolloquium 2010

Auf dem diesjährigen 19. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Leipzig wurden Ergebnisse aus drei laufenden vffr-geförderten Projekten vorgestellt:

- O. Mittag, S. Schramm, S. Böhmen, A. Hüppe, T. Meyer & H. Raspe. Mittelfristige Effekte der kardialen Rehabilitation in Deutschland: Ergebnisse eines systematischen Reviews mit Metaanalyse. (vffr- Projekt Nr. 72)
- A. Tauscher, C. Mahnke, D. Ramm, F. Welti. Studie zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben. (vffr- Projekt Nr. 119)

- N. Pohontsch, T. Meyer. Die Rehabilitandensicht auf das Wunsch- und Wahlrecht (§9 SGB IX) in der medizinischen Reha. (vffr- Projekt Nr. 128)

Die Folien zu den Vorträgen sind über die Homepage der DRV Bund abrufbar:

- <http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Mittag-S4-Mo-1400-01.pdf>
- <http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Tauscher-S4-Mo-1610-05.pdf>

- <http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Pohontsch-S2-Mo-1400-05.pdf>

Sobald die entsprechenden Projekte offiziell abgeschlossen wurden, werden wir Sie natürlich auch an dieser Stelle über die zentralen Ergebnisse informieren.

I:

Eine Publikation zum Projekt Nr. 88 ist im aktuellen Heft der Zeitschrift „Die Rehabilitation“ erschienen (Simeit et al., Rehabilitation 2010; 49: 180-189).

Norddeutscher Verbund für Rehabilitationsforschung e. V.



Auflösung des NVRF e.V. zum Jahresende 2010

Der Norddeutsche Verbund für Rehabilitationsforschung NVRF e.V. entstand im Herbst 2005 aus dem gleichnamigen Forschungsverbund im Rahmen des bundesweiten Förderschwerpunktes Rehabilitationswissenschaften des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund). Seit der ersten Ausgabe hatte er die *vffr*-news als regelmäßige Mitteilungs-Plattform genutzt. Zum Jahresende wird der Verein nun bedauerlicherweise aufgelöst. Über die Hintergründe informiert der Vorsitzende des NVRF, Professor Raspe, in einem Schreiben an die Mitglieder des NVRF, das im Folgenden in Auszügen wiedergegeben ist.

*Informationsschreiben von Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe,
Sprecher des Vereins, an die Mitglieder des NVRF e.V.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 28.4.2010 haben sich zuerst der Vorstand und dann die Mitglieder des NVRF in Lübeck getroffen. Einziger wesentlicher Tagungsordnungspunkt war die Frage, ob sich der Verein auflösen solle. Nach sorgfältiger Diskussion und Abwägung der Anlässe und Gründe für diese Frage beschlossen die anwesenden Mitglieder einstimmig ohne Gegenstimmen und Enthaltungen, den Verein zum 31.12.2010 aufzulösen.

Damit findet eine Einrichtung ihr Ende, die 1998 aufgebaut und von vielen Kolleginnen und Kollegen mit großem Engagement fortentwickelt und gepflegt worden ist. Hierfür ist der Vorstand den betreffenden Personen, insbesondere dem Initiativkreis des NVRF im besonderen Maße dankbar.

Nach wie vor sind die Ziele des Vereins gültig und dringend verfolgenswert. Wie kann dies im regionalen Rahmen geschehen? Im nationalen Rahmen sollte man die Aktivitäten der DGRW im Auge behalten und sich an ihnen beteiligen. Regional wird der *vffr* weiter bestehen. Er hat sich der Entwicklung und Förderung von Forschungsprojekten verschrieben; an der möglichen Förderung können sowohl seine Mitglieder wie auch Nichtmitglieder aus dem norddeutschen Raum partizipieren. Bei der Projektplanung und Antragsstellung helfen die drei von der DRV Nord geförderten Methoden-Zentren in Hamburg, Lübeck und Greifswald.

Daneben werden die beiden Arbeitskreise in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern weiterbestehen. Der Vorstand des NVRF empfiehlt dringend, sich den Arbeitskreisen anzuschließen und sie in ihrer Aktivität zu unterstützen. Der Austausch zwischen der Rehabilitationspraxis und der Reha-Forschung ist und bleibt wichtig. Die Evaluation rehabilitativer Leistungen muss fortgeführt und intensiviert werden; wir halten die Rehabilitation sonst für gefährdet.

Ein weiteres Projekt einzelner oder sich zusammenschließender wissenschaftlicher Einrichtungen ist das der „Schulen“. Gerade ist die so genannte 2. Springschool zur evidenzbasierten Rehabilitation erfolgreich beendet worden. Der Vorstand rät, diese Veranstaltungsreihe fortzuführen und thematisch zu erweitern. Gedacht wurde an ein Kolleg, in dem auch Qualifikationsarbeiten (Dissertationen, Magister- und Bachelorarbeiten) vorgestellt, diskutiert und beraten werden könnten. Ausdrücklich sollten dabei auch Qualifikationsarbeiten aus dem Bereich der therapeutischen Berufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Pflege etc.) berücksichtigt werden.

Der Vorstand verabschiedet sich durchaus wehmütig von dem ihn tragenden Verein und seiner Mitgliedschaft. Er ist aber überzeugt, dass sich die Ziele des Vereins in unserer Region auch auf anderen Wegen erreichen lassen. Ihm ist um die Zukunft der praxisorientierten Rehabilitationsforschung in unserer Region nicht bange.

Ihr
Heiner Raspe

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

**...im Norden
aktiv!**

www.nvrf.de



Modellprojekt GeniAL als neuer Arbeitgeberservice

In der ersten Projektphase von 01.01. bis zum 31.12.2008 wurde das Projekt in den Modellregionen Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt mit sechs Auskunfts- und Beratungsstellen durchgeführt.

Die Förderung der zweiten – erweiterten Projektphase – mit nun insgesamt 9 beteiligten Rentenversicherungsträgern an 16 Standorten ist vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales für weitere zwei Jahre bewilligt worden. Die erweiterte Projektphase soll dazu dienen, die GeniAL-Betriebsberatungen als erweitertes Beratungsangebot der DRV bundesweit zu erproben. Bei Erfolg soll das Beratungsangebot dauerhaft und bundesweit erweitert werden. Zentrales Anliegen des Modellprojektes ist es, Alters- und Gesundheitsmanagement insbesondere in bis dahin wenig erschlossene Arbeitsbereiche zu bringen bzw. auszuweiten und in den Regionen zu verankern sowie vorhandene Beratungskapazitäten auf die

Bewältigungsstrategien demographischer Wandlungsprozesse auszurichten. Über die Erweiterung des Beratungsangebotes der Auskunfts- und Beratungsstellen sollen speziell kleinen und mittelständischen Unternehmen sensibilisierende Beratungen zum altersgerechten Arbeiten angeboten werden. Etwa die Hälfte aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Deutschland arbeiten in Unternehmen mit weniger als 50 Beschäftigten. Das Projekt versteht sich dabei nicht als eine Konkurrenz zu den bereits vorhandenen Akteuren, insbesondere nicht zu ausgebildeten Demographieberatern, sondern perspektivisch als Wegweiser. Hervorzuheben ist hierbei insbesondere die außer Konkurrenz stehende Rolle der Deutschen Rentenversicherung, die als Promotor von Vernetzungsprozessen in der Region vorhandene Kompetenzen den Unternehmen nutzbar machen könnte. Die Permanenz des Beratungsangebotes der Deutschen Renten-

versicherung ist unter Gesichtspunkten der Nachhaltigkeit ein wesentlicher Faktor. Der Dreiklang aus aufsuchender Demographieberatung, Betriebssprechtagen und fallbezogener Individualberatung erscheint nach gegenwärtigem Kenntnisstand tragfähig einen dauerhaften Kontakt zu Betrieben aufzubauen.

Die Deutsche Rentenversicherung bietet mit ihren Auskunfts- und Beratungsstellen zur Zeit in 22 Regionen in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Thüringen einen neuen Arbeitgeberservice zur regionalen demografischen Entwicklung und zum alter(n)s-gerechten Arbeiten an.

Die Deutsche Rentenversicherung Nord beteiligt sich mit dem Auskunfts- und Beratungsstellen in Rostock und Güstrow an der erweiterten zweiten Projektphase.

Beratungsangebot für klein- und mittelständische Unternehmen

Mecklenburg-Vorpommern ist das Bundesland, in dem sich der demografische Wandel bereits jetzt schon nachhaltig zeigt, so dass die Personalverantwortlichen von klein- und mittelständischen Unternehmen (KMU) sich insbesondere die Frage stellen, wie eine älter werdende Belegschaft gesund, motiviert und produktiv mit entsprechender betrieblicher Gesundheitsprä-

vention in der Beschäftigung gehalten wird und das Unternehmen am Markt bestehen kann. Parallel dazu ist die Bindung von Nachwuchskräften dauerhaft und langfristig in der Region – gerade auch in Mecklenburg-Vorpommern – ein zentrales Thema. Antworten auf diese Fragen können in Mecklenburg-Vorpommern mit Unterstützung der GeniAL-Beraterinnen im Rahmen

des Praxisprojektes GeniAL erarbeitet werden. Konkret geht es um ein Beratungsspektrum für betriebliche Maßnahmen, die von der Gestaltung alter(n)s-gerechter Arbeitsplätze, der Arbeitsorganisation und Arbeitszeit, Motivation und Weiterbildung, betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen und Eingliederungsmanagement, Prävention bis zur Rehabilitation reichen.



Regionale Netzwerke: „Angebot aus einer Hand“

Die geschulten GeniAL-Beraterinnen in Rostock und Güstrow sind zugleich auch Ansprechpartnerinnen für die Angebote der gesetzlichen Rentenversicherung im Rahmen von Prävention, Rehabilitation und Rente. Zudem verstehen sie sich als Wegweiser und Vermittler an alle anderen Einrichtungen, die regionale Unterstützungsangebote für Betriebe anbieten. Jeder Arbeitgeber entscheidet selbst über die Maßnahmen, die seine älter werdende Belegschaft dabei unterstützen können, ihre Innovations- und Leistungsfähigkeit zu erhalten und auszubauen. Die Aufgabe von GeniAL ist darin zu sehen,

für betriebliche Maßnahmen zu sensibilisieren und bedarfsorientiert die Angebote der gesetzlichen Rentenversicherung zu unterbreiten bzw. an die Netzwerkakteure, etwa im Falle von Qualifizierungsbedarfen an die Agenturen für Arbeit, zu vermitteln. Die handelnden Unternehmen bestimmen jederzeit die Vorgehensweise und die Interventions-tiefe bzw. entscheiden auch, für sich zur Zeit noch keinen Bedarf zu sehen.

Die GeniAL-Beraterinnen in Rostock und Güstrow haben seit Anfang März 2010 begonnen, schriftlich, telefonisch und persönlich Kontakt zu

klein- und mittelständischen Unternehmen aufzunehmen bzw. auch zu Netzwerken für klein- und mittelständische Unternehmen, um sich und das Angebot der GeniAL-Beratung bekanntzumachen. Dieser Kontaktaufnahmeprozess mit potentiellen Personalverantwortlichen ist ein kontinuierlicher Prozess. Vereinzelt gibt es Anfragen zu speziellen Themenbereichen (aufbereitete Demographiedaten für die Region), eigene Arbeitgeber haben aber auch bereits mitgeteilt, dass sie aktuell keinen konkreten Beratungsbedarf für sich sehen.

Karin Fleischer

Deutsche Rentenversicherung Nord – Auskunft- und Beratungsdienst

Gender Mainstreaming in der Rehabilitation

Die konservative Theologin Gabriele Kuby sieht im Gender Mainstreaming eine „(un)heimliche Revolution“ und formuliert: „Ein Gespenst geht um die Welt, und dieses Gespenst heißt ‚Gender‘“ (1). Es sei mächtig und habe ein Gespenst über alles geworfen, was von den internationalen und staatlichen Institutionen beeinflusst wird. Und weiter: „Die Fassade dieser neuen Ideologie heißt ‚Gleichstellung‘ von Männern und Frauen.“ ...

Tatsächlich ist Gender Mainstreaming bereits im Jahre 1999 durch die deutsche Bundesregierung als Leitprinzip und zur Querschnittsaufgabe in Politik und Gesellschaft erklärt worden, wobei es sich um ein Instrument zur wirkungsvollen Durchsetzung von Gleichstellungspolitik handelt. Im Bereich der Versorgungsforschung und der Gesundheitsberichterstattung setzt sich u. a. auch die „lebensweltbezogene“ Analyse von Gesundheitsdaten von beiden biologischen Geschlechtern durch. Deutlich ist in diesem Prozess eine Wurzel von Gender Mainstreaming sichtbar: die Emanzipation der Frau und ihr weltweiter Kampf um Gleichberechtigung und Gleichstellung in der Gesellschaft. Exemplarisch kann dieses am Beispiel von Meck-

lenburg-Vorpommern belegt werden. Im Jahr 1995 wurde der gemeinsame Arbeitskreis Frauengesundheit in Mecklenburg-Vorpommern (GAF) gegründet, der vom Landesfrauenrat M-V und der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V e.V. (LVG M-V) getragen und von der Parlamentarischen Staatssekretärin für Frauen- und Gleichstellung M-V unterstützt wird. Im Jahre 2005 wurde ebenfalls unter dem Dach der LVG M-V eine Landesarbeitsgruppe Männergesundheit gegründet. Beiden Gremien geht es um die Aufarbeitung der gesundheitlichen Probleme von Frauen und Männern unter starkem Einbezug psychosozialer Aspekte. Folgerichtig kam es in den Jahren 2007 und 2008 in Mecklenburg-Vorpommern auch zu zwei wesentlichen politischen Aktionen. Im Mai 2007 wurde vom Landtag M-V die Einführung einer „Geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung“ beschlossen. Ihr Ziel ist es, die gesundheitlichen Risiken und Chancen in ihren geschlechtsspezifischen und lebensweltlichen (= Setting) Zusammenhängen aufzuzeigen, um Mängel in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Männern aufzudecken und Maßnahmen zu ihrer Beseiti-

gung zu entwickeln (2). Am 08.07.2008 wurde von der Landesregierung M-V der „Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention“ beschlossen. Neben dem Problem der Alterung der Gesellschaft sowie ihrer demographischen Auswirkung und dem Aspekt der sozialen Benachteiligung stellt die ausreichende Berücksichtigung der Geschlechterperspektive eine von 4 Handlungsleitlinien für diesen Plan vor. In diesem Kontext ist es nur natürlich, dass im Jahre 2009 eine „Steuerungsgruppe Gender und Gesundheit“ beim Ministerium für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern eingerichtet wurde. Selbstverständlich sind der GAF und die LAG Männergesundheit hier einbezogen. Als ein schönes Beispiel für die höhere Qualität der Gender-Arbeit im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern sei auf den „1. Gemeinsamen Genderworkshop für MultiplikatorInnen in Gesundheitsförderung und Prävention“ am 20.01.2010 verwiesen (3). Das Thema „Frauen und Männer richtig ansprechen, aber wie?“ könnte auch Sitzungsthema eines Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums sein...

Begriffsbestimmung

Gender Mainstreaming ist somit keine Mode und ist auch keine Maßnahme der „Feminisierung der Gesellschaft“, wie die Gender-Kritikerin Eva Hermann unterstellt (5). Gender Mainstreaming ist eine Bedingung in der Organisation des Zusammenlebens und -arbeitens in der EU. Es ist eine Anordnung, ein Konzept, auf das sich die Staaten der EU im Vertrag von Amsterdam 1998 geeinigt haben, damit überall

in der Europäischen Union positive Veränderungen gesetzt werden zur Beseitigung struktureller Benachteiligungen zwischen den Geschlechtern (4). Der aus dem Englischen stammende Begriff „Gender“ bezeichnet dabei das soziale oder anerzogene Geschlecht, im Gegensatz zum biologischen Geschlecht (engl.: Sex). Der Begriff „Gender“ wird immer im Zusammenhang mit vorhandenen gesell-

schaftlichen Strukturen und sozialen Gegebenheiten genannt. In der deutschen Übersetzung kommt diese „Konnotation“ nicht so gut zum Ausdruck, daher setzte sich auch in unserer Sprachkultur der englische Begriff durch. Mainstreaming bedeutet, etwas aus einer Nebensache zu einer Hauptsache zu machen - in diesem Fall: die geschlechterbezogene Sichtweise überall zu berücksichtigen.

Genderansatz und Rehabilitation

Warum steht die Rehabilitation dem Genderansatz positiv gegenüber? Rehabilitation ist auf die „ganzheitliche“ Sichtweise von Gesundheit und Krankheit angewiesen! Beginnend in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde versucht, eine weltweite Systematik von Gesundheit, Krankheit und Behinderung (ICIDH) zu formulieren. Im Jahre 2001 wurde von der Weltversammlung der WHO die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) verabschiedet (6). Sie basiert auf dem bisherigen medizinischen Krankheitsmodell von Struktur- und Funktionsveränderungen und erweitert diese Sichtweise durch Beschreibung der Auswirkungen (Partizipation) ei-

ner Gesundheitsstörung unter Einbezug von weiteren Determinanten (Kontextfaktoren). Dadurch entsteht das die Rehabilitation prägende biopsychosoziale Krankheitsmodell. Es lässt auch Beschreibungen der „sozialen Gesundheit“ zu. Die ICF erweitert den Begriff der „Behinderung“ von der tradierten, engen, somatischen Sichtweise auch auf die „Soziale Behinderung“ und weist neben den biologischen Parametern (z.B. des männlichen und weiblichen Geschlechts) nun auch den gesellschaftlich induzierten Verhaltensmustern eine wichtige Rolle bei der Gesunderhaltung, der Früherkennung von Gesundheitsstörungen, deren Behandlung und deren Rehabilitation zu. So reicht in der Rehabilitation die Formu-

lierung eines Therapieziels zur Kuration einer Erkrankung nicht aus: im Sinne des SGB VI sind mit den Rehabilitanden weiter reichende Rehabilitationsziele zu vereinbaren.

Entsprechend ist es in der Rehabilitation auch selbstverständlich, Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der Salutogenese - z.B. im Rahmen der Patientenschulungen - in das multimodale Rehabilitationsprogramm zu integrieren. Befindlichkeitsstörungen ohne Krankheitswert können so früh bewusst gemacht werden, damit sie nicht als Gesundheitsstörung manifestieren und dann später, neben den bereits bekannten, aktuellen „Reha-Einweisungsdiagnosen“ zu einer Bedrohung der Erwerbsfähigkeit führen.

Genderaspekte in der Medizin

Genderbezogene Hemmnisse für eine umfassende und zielführende Rehabilitation sind seit langem bekannt: so ist bereits die Detektierung des Rehabedarfs erschwert. Hier ergibt sich oft eine „Benachteiligung“ des männlichen Geschlechts, denn die Antragsstellung für eine Rehabilitationsmaßnahme setzt zunächst voraus, dass der Patient seine Problematik erkennen kann und aus Handlungsoptionen auszuwählen gelernt hat. Analysen der unterschiedlichen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Männer und Frauen weisen Vergleichbarkeiten zur Reha-Antragstellung auf. Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein hat gerade die Schrift „Gesund leben und arbeiten in Schleswig-Holstein“ mit dem Schwerpunkt „Männergesundheit“ veröffentlicht (9). Darin finden sich die bekannten Unterschiede mit der Übersterblichkeit von Männern bei

den Haupttodesursachen (sex mortality ratio), aber eben auch die schlechte Inanspruchnahme der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen. In Schleswig-Holstein nehmen 59% der Frauen und nur 23% der Männer diese in Anspruch. In Mecklenburg-Vorpommern liegen gering bessere Werte (66% bzw. 33%) über dem Bundesdurchschnitt vor. Was stellt die „Behinderung“ der Vorsorgeuntersuchungsanspruchnahme für Männer dar? Es ist das Problem der fehlenden Selbstreflexion, der mangelnden Selbst-Achtung, der Ignorierung von Risikofaktoren und ersten Krankheitszeichen oder auch die unterschwellige Angst und unbewusste Verdrängung von ernstesten Erkrankungen (z.B. Vermeidung einer notwendigen Koloskopie). Bei jüngeren Männern wird die Diskrepanz zwischen dem gesellschaftlich geprägten „Mannsbild“ („Mens health“ und Body-Styling) einerseits und einer ungesunden Lebensweise (Nikotin, Alkohol) oft sehr deutlich.

Und auch bei der Reha-Antragstellung von Männern ist das gesellschaftlich induzierte Bild des „starken“ Geschlechts als Beschützer und Ernährer der Familie oft eine negative Determinante, die vordergründig wegen der Realitäten der Arbeitswelt zu einer Überbewertung der Möglichkeit eines Arbeitsplatzverlustes führen kann. Bei Frauen sind der zeitliche Umfang einer Beschäftigung, der Personenstand bzw. die familiäre Situation (z.B. Pflege von Elternteilen) und die zu versorgenden Kinder (gerade bei Alleinerziehenden) oft negative Determinanten für eine Reha-Antragstellung. Und wir wissen auch, wie unterschiedlich Nachsorgeprogramme von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Anspruch genommen werden. Ein Grund hierfür ist das Erwerbsleben selbst. In Mecklenburg-Vorpommern sind 35% der erwerbstätigen Männer sog. „Pendler“ – mit einer täglichen Anfahrtsstrecke zur Arbeit von 70 km...

Genderaspekte in der Rehabilitation

Eine erste, nicht umfassende Übersicht des Genderaspektes in der Medizin wurde von Rieder und Lohff 2004 vorgelegt und im Jahre 2008 aktualisiert und erweitert (8). Speziell für die Rehabilitation fehlt bisher eine entsprechende Darstellung. Naturgemäß existieren in den „biologisch determinierten“ Fachgebieten der Gynäkologie und Urologie/Andrologie auch Genderforschungen in der Rehabilitation. In den letzten 3 Jahren finden sich vermehrt in der Suchtrehabilitation, der Psychosomatik und Psychotherapie rehabilitationsspezifische Genderansätze. Im Rahmen des 17. Reha-Wissenschaftlichen Kolloquiums in Bremen wurde eine Satellitenveranstaltung zu „Genderaspekten in der Psychosomatik“ durchgeführt. Die AHG Klinik Schweriner See veranstaltet ihr diesjähriges Sommersymposium am 07.07.2010 zum Thema „Frauen sind anders – Männer auch; geschlechtsspezifische Aspekte in der Psychotherapie“. Am besten ist die Genderproblematik zurzeit wohl in der kardiologischen Rehabilitation aufgearbeitet worden (9). Schon Mittag konnte bereits 2005 (10) bei seinen

genderbezogenen Untersuchungen zur kardiologischen Rehabilitation Unterschiede zwischen Frauen und Männern feststellen – aber noch größere Differenzen ergaben sich innerhalb der Frauen selbst, nämlich zwischen jüngeren und älteren Rehabilitandinnen.

Genderspezifische Rehabilitation erfordert selbst 20 Jahre nach der Wiedervereinigung auch eine stärkere Berücksichtigung der verbliebenen unterschiedlichen Einstellungen in Ost und West. Bei den Westdeutschen nimmt der Trend für das bessere Vereinbaren von Familie und Erwerbstätigkeit zu – dennoch ist dieses Verhalten im Osten noch weit stärker ausgeprägt. Dagegen ist in den neuen Bundesländern die Orientierung auf die Verwirklichung eigener Interessen weniger stark entwickelt als im Westen. Hier werden die Geschlechterrollen weiterhin viel traditioneller als im Osten gesehen (11).

Der Rehabilitationswissenschaftliche Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern hat sich bereits 2008 mit dieser Problematik beschäftigt und im Jahre 2010 eine Arbeitsgruppe „Gender“ eingesetzt. Eine Aufgabe besteht in der Analyse von reha-praktischen Genderprogrammen. Weiterhin

soll hinterfragt werden, ob eine andere Ansprache der Geschlechter zu einer besseren Akzeptanz von Reha-Modulen führt. So wird sich durch andere Inhalte und eine andere „Verpackung“ gerade bei Männern eine bessere Inanspruchnahme von Rücken-, „Schule“ und Lehr-, „Kochen“ aber auch von Beckenbodentraining, Entspannungsverfahren und besonders von gesundheitsedukativen Angeboten zur Bewusstmachung von gesundheitlichem Fehlverhalten herstellen lassen. Und es gilt weiterhin Forschungsbedarfe zu benennen, z. B. wie die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Maßnahmen der Reha-Nachsorge gerade für jüngere Rehabilitandinnen verbessert werden können.

Es geht in der Rehabilitation also auch darum, „Gender-sensitive“ Maßnahmen zu entwickeln, konsequent die „Gender-Perspektive“ anzuwenden, die danach fragt, welche Auswirkungen unsere Aktivitäten und Maßnahmen auf Männer und Frauen haben, von welchen Konsequenzen sie jeweils betroffen sind, damit durch bessere Rahmenbedingungen kein Geschlecht strukturell benachteiligt wird.

Literatur

- [1.] G. Kuby: „Gender Mainstreaming – die (un)heimliche Revolution“ Vatican Magazin, Heft 11, Nov. 2008. [2.] Landtagsdrucksache Mecklenburg-Vorpommern Nr. 5/486/2007 vom 25.04.2007. [3.] <http://www.lvg-mv.de/Handlungsfelder/Geschlechterperspektive>. [4.] <http://www.womanandthewende.de/bibliographie.q.html>. [5.] <http://www.familyfair.de/>. [6.] <http://www.dimdi.de/ICF/Final Draft>. [7.] Hrsg.: „Männerbericht“, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein, Dezember 2009, ISBN 0935-4379. S. 10. [8.] A. Rieder, B. Lohff: „GENDER-Medizin, Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis“, Springer-Verlag, Wien und New York, ISBN 3-211-00766-0. [9.] Th. Altenhöner: „Soziale Ungleichheit in der kardiologischen Rehabilitation. Eine empirische Untersuchung sozialer Ungleichheit in der Rehabilitation von Herzinfaktpatienten“. J. Breckenkamp, K. Gebhardt, S. Görres, H.-G. Homfeld, U. Laaser, A. Mühlum (Hrsg.). Gesundheit, Pflege, soziale Arbeit. Bd. 25, Jacobs Verlag, 2006. [10.] O. Mittag: „Gendereffekte in der kardiologischen Rehabilitation. Vergleich von Versorgungsqualität, Krankheitsverarbeitung und Rehabilitationsverlauf bei Frauen und Männern nach erstem Herzinfarkt bzw. erster ACVB-Op oder PTCA“, Dustrie-Verlag Dr. Karl Feistle KG, 2005, ISBN 3 -899-67226-7. [11.] J. Dorbritz und K. Ruckdeschel: , Kerstin (2009): „Die langsame Annäherung – Demografisch relevante Einstellungsunterschiede und der Wandel in den Lebensformen in West- und Ostdeutschland“. In: Cassens, I.; Luy, M.; Scholz, R. (Hrsg.): „Die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland. Demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen seit der Wende“. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009, 261-294.

Dr. Peter Kupatz
Rehabilitationsklinik „Moorbad“
Schwaaner Chaussee 2
18209 Bad Doberan

Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) vom 15. bis 18.09.2010 in Gießen

Vor 30 Jahren fand in Gießen der 3. Kongress der DGMP statt. Damals war unser Fach noch jung, gerade erst in der Approbationsordnung verankert. Heute, 30 Jahre später, sind die psychosozialen Fächer aus der Medizin nicht mehr wegzudenken. Sie werden nicht nur für die ärztliche Ausbildung gebraucht, die ohne die Vermittlung von Grundkenntnissen der Psychologie und Soziologie eine unvollständige Ausbildung wäre. Auch in der Forschung sind wir immer dann Ansprechpartner für und Initiatoren von wissenschaftlichen Studien, wenn es um ein besseres Verständnis der Schnittstellen zwischen Medizin, Psychologie und Soziologie geht.

"Schnittstellen" lautet damit auch das Thema unseres Kongresses. Im Computerbereich erweitern Schnittstellen das Spektrum der Möglichkeiten einer einzelnen Einheit. Und auch in der Interaktion der psychosozialen Fächer mit der Medizin ist das nicht anders. Beide Seiten profitieren vom gegenseitigen Austausch und der gemeinsamen Arbeit. Einige solcher Schnittstellen werden wir in Plenarveranstaltungen genauer beleuchten, die gemeinsam von Vertreterinnen und Vertretern der psychosozialen Fächer und der Medizin gestaltet werden. In einer öffentlichen Auftaktveranstaltung werden außerdem die Vertretungen der psychosozialen Fächer prüfen, wo die Schnittstellen unseres Versorgungsauftrags liegen und was jeweils die Stärken der einzelnen Fächer in diesem Bereich sind.

Schnittstellen ergeben sich auch durch den direkten und persönlichen Austausch. Hierfür wird es viel Gelegenheit geben, nicht nur bei den Diskussionen an den Postern sondern auch im Rahmen der verschiedenen informellen Treffen, die wir organisieren werden: beginnend mit einem Angebot von Ausflügen in Stadt und Region und dem traditionellen Fußballspiel DGMP:DGMS über einen Begrüßungsempfang, ein Treffen des Nachwuchses mit den Experten, einem entspannten Ausklang der Mitgliederversammlungen, bis hin zur Rallye und zum Gesellschaftsabend in einer ganz besonderen Lokalität in Gießen. Lassen Sie sich überraschen.

Weitere Informationen auf der Kongress-Homepage: <http://www.dgmp-online.de/giessen2010>

„Schnittstellen“

Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) und der European Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS) vom 21. bis 26.09.2010 in Berlin.

Die hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen verdeutlicht die Dringlichkeit innovativer Versorgungswege. Moderne Epidemiologie ist die Basis für individualisierte Prävention, um betroffenen und interessierten Personen und Bevölkerungsgruppen bestmögliche Lebensperspektive zu ermöglichen. Neben Plenarsitzungen über zukunftsweisende Themen erwartet Sie ein hochrangiges wissenschaftliches Programm. Besonders freuen wir uns über die Mitveranstaltung der European Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS). Somit können wir im Austausch mit vielen internationalen Teilnehmern und Gesundheitspolitikern aktuelle Themen der Sozialmedizin und Epidemiologie diskutieren.

Weitere Informationen auf der Kongress-Homepage: www.kongress2010.de

**„Individualisierte
Prävention und
Epidemiologie:
Die moderne
Medizin“**

9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 5. Jahrestagung des Aktionsbündnis Patientensicherheit vom 30.09. bis 02.10.2010 in Bonn

**"Patienten-
sicherheit
im Fokus der
Versorgungs-
forschung:
Von der Praxis zur
Evidenz"**

Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung sind nicht denkbar ohne Evaluation, die ihrerseits eine der wichtigsten Fragestellungen für die Versorgungsforschung darstellt. Das Aktionsbündnis feiert sein 5jähriges Bestehen und zieht Bilanz seiner praktischen Arbeit, die in ihrer ganzen Breite vorgestellt wird. Die Einrichtung des vom APS getragenen Institutes für Patientensicherheit steht für die daraus resultierende Notwendigkeit, sich der Evidenzgrundlagen zu vergewissern. Die Versorgungsforschung beschreibt, erklärt und untersucht die Umsetzung vorhandenen Wissens: Hier soll dieser Kongress unter Einbeziehung der internationalen Erfahrungen den Weg für eine interdisziplinäre, auf Praxis und Evidenz beruhende Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung und -praxis bereiten.

Der Weg führt uns vom Wissen über erwiesene wirksame Maßnahmen tief in den Alltag des Gesundheitswesens. Was sind die Bedingungen, unter denen Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit fruchten, welche Veränderungen brauchen wir in den Organisationen und im System, vor allem aber bei den handelnden Personen. Verantwortung, auf Seiten der am Krankenbett tätigen Berufsgruppen, der Manager, der in Politik und Selbstverwaltung Tätigen, aber auch auf Seiten der Patienten ist zu definieren, das Handeln und die Kontextfaktoren zu beschreiben und die Wirkungen zu evaluieren.

Der Kongress versucht die Breite der Thematik unter Einbeziehung aller Beteiligten zu erfassen und zugänglich zu machen. Versorgungsforscher und alle, die Erfahrung und Evidenz zum Wissenstransfer beitragen können, also aus dem Qualitäts- und Risikomanagement, der Evidenzbasierten Medizin, dem Infektionsmanagement und der Arzneimitteltherapie stammen (um nur einige zu nennen), natürlich aber auch alle wissenschaftlichen klinischen Fachdisziplinen und alle, die am Krankenbett ihre immer komplexer werdende Arbeit tun, sind nach Bonn eingeladen, um ihre Erfahrung beizutragen und sich an der Diskussion zu beteiligen.

Dieser Kongress basiert daher auf der zunehmenden Tiefe wissenschaftlicher Arbeiten auf diesem Gebiet und bittet alle Interessenten, Abstracts einzureichen, die vom Programmkomitee begutachtet werden. Dies gilt ausdrücklich auch für praktische Projekte, die gerade im Feld der Patientensicherheit tatsächliche Verbesserungen versprechen. Die Grundstruktur des Kongresses geht aus diesem Vorprogramm hervor.

Weitere Informationen auf der Kongress-Homepage: <http://www.dkvf2010.de>

Literaturempfehlung - zur Erinnerung

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

Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation

ca. 180 S., Lage 2010,
ISBN 978-3-89918-189-0, 19,90 Euro
Neuerscheinung, erhältlich in Kürze

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 Schnittstellen? 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 / 2. Hj

- 06.07.2010 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.
„Validität meta-analytischer Befunde am Beispiel der Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitation“ (Dr. S. Rabung, 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.
- 07.07.2010 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
„Betriebliches Eingliederungsmanagement nach SGB IX § 84: Anforderungen, Barrieren und praktische Umsetzung“ (Prof. F. Welti, Dr. A. Dittmann). 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 (DGMS)** in Gießen. „Schnittstellen“. Ort: Philosophikum II (Karl-Glöckner-Str. 21, 35394 Gießen). Info: www.dgmp-online.de.
- 21.-26.09.2010 **Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) und der European Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS)** in Berlin.
„Individualisierte Prävention und Epidemiologie: Die moderne Medizin“. Ort: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum (Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin). Infos: www.kongress2010.de.
- 30.09.-02.10.2010 **9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 5. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.** in Bonn. „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung: Von der Praxis zur Evidenz“. Ort: Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität (Hauptgebäude, Regina-Pacis-Weg 3, 53113 Bonn). Infos: www.dkvf2010.de.
- 12.10.2010 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern.**
„Flexibilisierung der Rehabilitation“ (Dr. R. Buschmann-Steinhage, Berlin). Ort: Greifswald (ICM?). Zeit: 16.00 Uhr. Infos unter www.reha-vffr.de oder bei Dr. Jörn Mook (Institut für Community Medicine, Universität Greifswald), Tel. 03834/86-7762, Mail: joern.mook@uni-greifswald.de.
- 29.-31.10.2010 **29. Jahrestagung des AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation im BDP e.V.** in Erkner. „Trends in der medizinischen Rehabilitation“. Ort: Bildungszentrum Erkner bei Berlin (Seestraße 39, 15537 Erkner). Info: www.psychologie-aktuell.info.
- 03.11.2010 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
„Priorisierung in der Rehabilitation“ (Prof. H. Raspe, Lübeck). 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.
- 04.-06.11.2010 **21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR)** in Bremen. „Von der Wissenschaft zur klinischen Anwendung“. Ort: Maritim Hotel & Congress Centrum Bremen (Hollerallee 99, 28215 Bremen). Info: www.conventus.de/dgnr2010.
- 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.**
„Macht Reha krank?“ (Dr. Arlt, Bad Bramstedt). Ort: Ambulantes Reha-Zentrum in Rostock. Zeit: 16.00 Uhr. Infos unter: www.reha-vffr.de oder bei Dr. Jörn Mook (Institut für Community Medicine, Universität Greifswald), Tel. 03834/86-7762, Mail: joern.mook@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.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 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 Dezember 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)