

Die Inhalte:

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

In dieser Ausgabe:

vffr-news, die siebte	1
Neues aus dem vffr	2
BERONA: Beruflich orientierte kardiologische Reha-Nachsorge	7
Bundesweites Zentrum „Reha-Nachsorge“	10
Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55plus)	11
Direkte vs. indirekte Veränderungsmessung	14
Stärkung der Selbstbeteiligung in der Reha	15
Veranstaltungen, Neuerscheinungen & mehr	18
Impressum	24

"vffr-news" - die verflixte siebte...

Liebe Leserinnen und Leser,

in der vorliegenden siebten 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 Neuigkeiten aus dem vffr. Hier wollen wir Ihnen zunächst die im vergangenen Jahr zur Förderung durch den vffr bewilligten Forschungsprojekte vorstellen und Sie außerdem auf aktuelle Anpassungen der Förderbedingungen durch den vffr aufmerksam machen.

Im Anschluss wird ein Modellprojekt zur beruflich orientierten kardiologischen Reha-Nachsorge dargestellt, das von der Deutschen Rentenversicherung Nord in Kooperation mit kardiologischen Reha-Einrichtungen in Norddeutschland durchgeführt wird.

Auch das im darauf folgenden Beitrag geschilderte Projekt, das aktuell durch die Deutsche Rentenversicherung gefördert wird, dreht sich um die Reha-Nachsorge, zielt jedoch auf den Aufbau eines bundesweiten Nachsorge-Zentrums ab.

Daran anschließend wird eine Untersuchung sowie die daraus abzuleitenden Empfehlungen zur adäquaten Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen älterer Rehabilitanden präsentiert.

Spezifische methodische Aspekte der Veränderungsmessung werden in einem weiteren Beitrag beleuchtet.

Ein letzter Beitrag in diesem Newsletter befasst sich schließlich mit der Frage einer stärkeren Selbstbeteiligung in der Rehabilitation.

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 2011!

Dr. Sven Rabung
Redaktion vffr-news



Neues aus dem vffr

Auf den folgenden Seiten wollen wir Sie wie gewohnt über neue durch den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Meck-

lenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) geförderte Projekte informieren. Außerdem möchten wir Sie auf aktuelle Änderungen in

den Rahmenbedingungen der Forschungsförderung durch den vffr aufmerksam machen (S. 6).

Vorstellung neuer vffr-geförderter Projekte

Im vergangenen Jahr konnte für fünf neue Forschungsprojekte die Förderung durch den vffr bewilligt werden.

Um Ihnen einen Eindruck von der Vielfalt der Rehabilitationsforschung zu vermitteln, die mit Unterstützung des vffr

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

Sicherheit finden – kognitiv-behaviorale Therapie für Suchtkranke mit posttraumatischen Störungen

Antragsteller/ Projektleiter	Dr. Ingo Schäfer
Einrichtungen	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Projektnr.	149
Geplante Laufzeit	24 Monate
Beteiligte Ein- richtungen/ Kooperationen	u.a. Fachklinik Freudenhalm-Ruhleben (Dr. C. Veltrup); Fachklinik am Kronsberg, Hannover (Fr. I. Lojewski); Fachklinik St. Vitus, Visbek (Fr. Dr. W. Voigt); Fachklinik Nettetel, Wallenhorst (Fr. Dr. E. Sylvester); Bernhard-Salzmann-Klinik, Gütersloh (Dr. U. Kemper); Fachklinik Erlengrund, Salzgit-ter (Dr. J. Seifert); Fachklinik St. Marienstift, Neuenkirchen (Fr. Prof. Dr. D. Hinze-Selch)
Hintergrund	Ein erheblicher Anteil von Personen mit Suchterkrankungen leidet unter den Folgen traumatischer Erfahrungen, wie sexueller oder körperlicher Gewalt in verschiedenen Lebensphasen. Betroffene Patienten profitieren schlechter von den etablierten Therapieangeboten. Sie weisen eine geringere Therapieadhärenz und kürzere Abstinenzphasen, häufigere stationäre Aufenthalte und eine insgesamt höhere Inanspruchnahme von Hilfsangeboten auf. Spezifische Angebote, die eine integrative Therapie von Sucht und Traumafolgen anstreben, haben sich im amerikanischen Raum bewährt. Allerdings sind entsprechende Ansätze in Deutschland bislang kaum verfügbar.
Zielsetzung/ Fragestellung	In der geplanten Untersuchung soll ein spezifisches, integratives Therapieangebot für Suchtkranke mit posttraumatischen Störungen („Sicherheit finden“) auf seine Effektivität bei Patienten in stationärer Suchtrehabilitation überprüft werden. Es handelt sich um ein manualisiertes, kognitiv-behaviorales Therapieprogramm, das in internationalen Untersuchungen gute Effekte zeigte.
Methodik	Im Rahmen einer multizentrischen, prospektiven Längsschnittstudie mit sequentiellm Kontrollgruppendesign soll die Therapie in acht Fachkliniken im norddeutschen Raum implementiert werden. Die Hauptfragestellung bezieht sich auf den Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (jeweils N=165) in Bezug auf die Abstinenzrate 6 Monate nach der stationären Behandlung. Sekundäre Fragestellungen befassen sich mit Effekten auf weitere relevante Symptombereiche (z.B. Psychopathologie, interpersonelle Probleme, Selbstfürsorge) und der Akzeptanz der Intervention.
Relevanz für die Praxis	Übergeordnetes Ziel des Projektes ist es, langfristig zum Aufbau adäquater Versorgungsstrukturen für die betroffene Patientengruppe beizutragen. Dies soll unter anderem durch eine Vernetzung mit ambulanten Angeboten erreicht werden, die im Rahmen der Studie angestrebt wird.



Die Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation: Machbarkeit, Akzeptanz und Erfolg

Prof. Thomas Kohlmann, Dr. Jörn Moock

Institut für Community Medicine, Abteilung Methoden der Community Medicine, Ernst-Moritz-
Arndt-Universität Greifswald

148

18 Monate

Reha-Kliniken der Indikationen Orthopädie, Onkologie und Psychosomatik in Mecklenburg-
Vorpommern

In der kurativen Medizin ergeben sich Therapieziele primär aus den vorliegenden Erkrankungssymptomen. In der medizinischen Rehabilitation stellt sich der Sachverhalt weitaus komplexer dar. Hier kommt der Festlegung von Zielen eine zentrale Bedeutung zu. Die Formulierung klar definierter Reha-Ziele kann sich positiv auf die Motivation der Rehabilitationspatienten auswirken und eine realistische Erwartungshaltung des Patienten erzeugen. Zudem fördert der Dialog über die Erwartungen und Ziele die Arzt-Patienten-Kommunikation und man verspricht sich positive Effekte auf den Ebenen der Prozess- und Ergebnisqualität. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass einheitliche Vorstellungen zu Reha-Zielen auf Seiten der Patienten wie auch der Therapeuten häufig fehlen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie soll untersucht werden, ob ein vorab übersandter Fragebogen über Rehabilitationsziele geeignet ist, um bei den Rehabilitanden vor Antritt der Reha-Maßnahme eine Auseinandersetzung mit den eigenen, rehabilitationsbezogenen Zielen zu fördern. Dabei werden drei wesentliche Ziele verfolgt: 1) Überprüfung der Praktikabilität des eingesetzten Fragebogens zur Definition von Rehabilitationszielen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, 2) Analyse der Bewertung des Nutzens dieses Instruments durch die Patienten einerseits sowie die behandelnden Ärzte andererseits, 3) Explorative Bestimmung der durch Patientenorientierung und Zieldefinition evtl. erreichbaren Verbesserung der Ergebnisqualität.

Praktikabilität und Nutzen eines Fragebogens zur individuellen Ermittlung von Reha-Zielen sollen in einer randomisiert-kontrollierten Längsschnittstudie mit den Erhebungszeitpunkten T0 vor Reha-Beginn mit Zusendung des Bewilligungsbescheids und T1 Ende der stationären Rehabilitationsmaßnahme bei Rehabilitanden der DRV Nord und der DRV Bund überprüft werden. Das Erhebungsinstrumentarium erfasst zu T0 die formulierten Rehabilitationsziele (Fragebogen Reha-Ziele) sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem SF-12. In Abgrenzung zur Interventionsgruppe erhält die Kontrollgruppe nur eine Kurzinformation zu den Zielen der Rehabilitation sowie den SF-12. Daten zur Praktikabilität des Fragebogens werden im Aufnahmegespräch dokumentiert. Die Auswirkungen der vorab definierten Rehabilitationsziele werden zu T1 patientenseitig über den SF-12 und Teile eines Fragebogens zur Patientenbeteiligung (ParZivaR) sowie ärztlicherseits über eine Befragung zum Nutzen operationalisiert. Die Untersuchung soll an einer konsekutiven Ausgangsstichprobe von N=1200 Patienten aus drei Indikationen durchgeführt werden.

Aus den Ergebnissen dieser Studie können im Sinne eines praktischen Ertrages unmittelbar Empfehlungen für die Implementation des Befragungsinstruments in die Praxis der medizinischen Rehabilitation abgeleitet werden. Dies kann zu einer besseren Anpassung der Praxis der rehabilitativen Versorgung an die Bedürfnisse der Rehabilitanden beitragen.

Antragsteller/
Projektleiter

Einrichtungen

Projektnr.

Geplante
Laufzeit

Beteiligte
Einrichtungen/
Kooperationen

Hintergrund

Zielsetzung/
Fragestellung

Methodik

Relevanz für
die Praxis



Vergleichende Untersuchung zweier Instrumente zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der neurologischen, orthopädischen, rheumatologischen und psychosomatischen Rehabilitation

Antragsteller/ Projektleiter	Dr. Peter Kupatz
Einrichtungen	„Moorbad“ Bad Doberan
Projektnr.	156
Geplante Laufzeit	14 Monate
Beteiligte Ein- richtungen/ Kooperationen	Fachklinik Schwaan/Waldeck, MEDIAN Klinik Heiligendamm
Hintergrund	Der Einsatz von Instrumenten zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist in vielen Disziplinen (Gesundheitsökonomie, Medizin, Pharmakologie, Epidemiologie, u.a.) weit verbreitet. In der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung stellt Lebensqualität mittlerweile das bedeutendste patientennahe Outcomekriterium dar. Dabei nehmen Selbstbeurteilungsinstrumente eine unentbehrliche Rolle ein. Zwei sowohl national als auch international besonders häufig zur Anwendung kommende Fragebögen sind der Short Form - 36 (SF-36) sowie der EuroQOL - 5 Dimensionen (EQ-5D). Beide Fragebögen existieren mittlerweile in verschiedenen Versionen, deren wesentliche Unterschiede in der Veränderung des Antwortformates bestehen. Direkte Vergleichstudien der beiden Versionen gibt es bisher kaum. Die Evaluation des EQ-5D 5L an einer deutschen Stichprobe steht bislang aus.
Zielsetzung/ Fragestellung	Ziel der vorliegenden Studie ist es, in einem direkten methodischen Vergleich (Head-to-Head Comparison) die verschiedenen Versionen der beiden Fragebögen miteinander zu vergleichen (EQ-5D 3 Level vs. 5 Level, SF-36 Version 1.0 vs. 2.0). Der Untersuchungsfokus liegt dabei auf der Analyse des EQ-5D sowie insbesondere auf der Untersuchung der Änderungssensitivität, welche bislang im Bereich der in der Rehabilitation evaluativ eingesetzten Lebensqualitätsinstrumente nur wenig untersucht wurde und am meisten durch die Modifikation des Antwortformates beeinflusst sein dürfte.
Methodik	In einem multizentrischen Longitudinal-Design werden Rehabilitanden der neurologischen, orthopädischen, rheumatologischen und psychosomatischen Rehabilitation zu Reha-Beginn und Reha-Ende sowie in einer 3-Monats-Katamnese untersucht. Die Testbatterie umfasst zu allen drei Messzeitpunkten beide Versionen des EQ-5D (3-Level und 5-Level), eine Visuelle Analogskala (VAS), einzelne Skalen des HEALTH-49 sowie jeweils eine Version des SF-36 (Version 1.0 oder Version 2.0), wobei sich die VAS immer an zweiter, der SF-36 fortwährend an dritter und die Skalen des HEALTH-49 stets an fünfter Position der Testbatterie befinden. Jeweils 50% der Teilnehmer beginnen mit der Beantwortung der 3L-, 50% mit der Beantwortung der 5L-Version. Die jeweils ausstehende andere Version (5L vs. 3L) wird nach dem SF-36 beantwortet. Durch die Variation der Darbietung der EuroQOL-Fragebögen sollen Reihenfolgeeffekte systematisch kontrolliert werden. Der Darbietungsmodus bleibt intraindividuell über alle drei Messzeitpunkte konstant. Soziodemografische und sozialmedizinische Variablen werden einmalig bei Reha-Beginn erfasst. Insgesamt sollen N=400 Patienten konsekutiv in die Studie einbezogen und zufällig einer der vier Untersuchungsvarianten zugewiesen werden.
Relevanz für die Praxis	Die geplante Untersuchung ermöglicht es, Referenzdaten zweier international etablierter Lebensqualitätsinstrumente für den deutschsprachigen Reha-Raum bereitzustellen. Die Ergebnisse können außerdem als eine Entscheidungshilfe bei der Auswahl geeigneter Messinstrumente in der Rehabilitation dienen. Die Studie leistet damit nicht zuletzt einen Beitrag zur Harmonisierung von Studienendpunkten.



Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Menschen vor, während und nach Amputation – Phase 2

Ulrike Michaelis,¹ Andrea Vogt-Bolm,² Prof. Dr. Uta Gaidys¹

¹ Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg; ² Amputierten e.V. Nord, Hamburg

154

18 Monate

Dr. Martin Vogel, Mühlenbergklinik, Bad Malente; diverse Krankenversicherungen

Für Menschen mit bevorstehender oder erfolgter Amputation können im gesamten Behandlungs- und Wiedereingliederungsprozess Probleme entstehen. In einer ersten Studienphase (vffr-Projekt Nr. 116) wurden Menschen mit Majoramputationen daher in problemzentrierten Interviews über ihre Erfahrungen mit der rehabilitativen Versorgung vor, während und nach der Amputation befragt. Die Ergebnisse weisen auf bestehende Probleme in der Versorgung hin und legen ein optimiertes multiprofessionelles Versorgungskonzept nahe. Allerdings bedürfen die identifizierten Problembereiche zunächst einer systematischeren Untersuchung, bevor in einem weiteren Schritt ein evidenzbasiert abgeleitetes Konzept zur Versorgung vor, während und nach Amputation implementiert und evaluiert werden könnte.

Im Rahmen der geplanten zweiten Studienphase sollen die in Phase 1 anhand einer kleineren Stichprobe qualitativ identifizierten Defizite in der Versorgung sowie bestehende Optionen zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit Amputationen systematisch validiert werden. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei der Berücksichtigung möglicher subgruppenspezifischer Besonderheiten.

Die geplante zweite Studienphase umfasst einen Survey und einen systematischen Review. Auf der Grundlage der in Phase 1 erhobenen Daten soll ein standardisierter Fragebogen entwickelt werden, der dann über kooperierende Versicherungen an Majoramputierte verschickt wird. Das Erhebungsinstrumentarium wird zunächst in einem Pretest mit n=200 Teilnehmern erprobt (Phase 2a); danach ist vorgesehen, die standardisierte Befragung auf ein größeres Sample von insgesamt N=2.000 auszuweiten (Phase 2b). In Ergänzung sollen mittels eines systematischen Reviews rehabilitative Maßnahmen identifiziert werden, die die Wiedererlangung der Teilhabe nach einer Majoramputation der unteren Gliedmaßen unterstützen. Die ermittelten Befunde sollen abschließend in das bereits in Phase 1 entwickelte Klientenorientierte Konzept für die rehabilitative Versorgung vor, während und nach einer Majoramputation (kurz: KoReMa) integriert werden.

Das Ziel des Gesamtprojektes ist es, Versorgungsstrukturen und -prozesse dahingehend zu verbessern, dass Menschen mit Amputationen ein selbstbestimmtes Leben und gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht werden. Die Ergebnisse aus Phase 1 des Projektes sollen in Phase 2 durch eine standardisierte Befragung (Survey) von Betroffenen verifiziert und systematische Einflüsse aufgedeckt werden. In einer Weiterführung der Studie wäre es möglich, das entwickelte Versorgungskonzept in Phase 3 innerhalb eines Pilotprojektes in ausgewählten Einrichtungen zu implementieren und zu evaluieren.

Antragsteller/
Projektleiter

Einrichtungen

Projektnr.

Geplante
Laufzeit

Beteiligte
Einrichtungen/
Kooperationen

Hintergrund

Zielsetzung/
Fragestellung

Methodik

Relevanz für
die Praxis



Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung

Antragsteller/ Projektleiter	Dr. Ruth Deck, Prof. Dr. Jens-Martin Träder, Prof. Dr. Martin Scherer
Einrichtungen	Institut für Sozialmedizin, UK SH, Lübeck
Projektnr.	146
Geplante Laufzeit	21 Monate
Beteiligte Ein- richtungen/ Kooperationen	Dr. Arlt, Klinikum Bad Bramstedt; Dr. Glaser-Möller, DRV Nord; Dr. Meßer, Asklepios Klinik Bad Schwartau; Dr. Vogel, Mühlenbergklinik Bad Malente; Herr Clasen, TK; Herr Hansohm, BEK
Hintergrund	Die segmentierte Gesundheitsversorgung in Deutschland führt an verschiedenen Stellen zu Kooperations- und Koordinationsproblemen. Auch und besonders davon betroffen ist das System der medizinischen Rehabilitation. Vor einer Rehabilitation stellt sich das Problem des frühzeitigen Erkennens eines Reha-Bedarfs, der Motivationslage von Arzt und Patient und daraus resultierend der zügigen Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Während und nach der Rehabilitation sind der Transfer der Reha-Inhalte und die nachfolgende Weiterbehandlung problematisch. In der Regel bestehen hier vielfältige Kommunikationsbarrieren zwischen Kostenträgern, Reha-Klinikern und niedergelassenen Ärzten oder Therapeuten, denen ein komplexes Geflecht von Ursachen zugrunde liegt.
Zielsetzung/ Fragestellung	Im Rahmen einer qualitativen Pilotstudie soll unter Einbezug der am Reha-Prozess beteiligten Institutionen und Personen ein möglichst umfassendes Bild der gegenwärtigen Probleme, aber auch der Ressourcen gezeichnet werden. Lösungsansätze sollen diskutiert, Handlungsempfehlungen abgeleitet und Vorschläge zur Evaluation Erfolg versprechender Strategien ausgearbeitet werden.
Methodik	Zur Identifikation von Barrieren und Ursachen einer effizienten und konfliktfreien Kooperation und Kommunikation sowie zur Diskussion von Lösungsmöglichkeiten sollen qualitative Fokusgruppen mit Vertretern der verschiedenen Institutionen und Rehabilitanden durchgeführt werden: a) Hausärzte, niedergelassene Orthopäden und für die ambulante psychische Betreuung zuständige Behandler, b) Kostenträger (sozialmedizinische Begutachtung, Reha-Antragsverfahren), c) Leitende und Stationsärzte von Reha-Einrichtungen, d) Reha-Patienten der Indikationen Orthopädie und Psychosomatik. Insgesamt sind 12 Fokusgruppen mit fünf bis acht Teilnehmern geplant. Die Ergebnisse der Fokusgruppen sollen synoptisch aufbereitet und in einer Abschlusskonferenz, an der Vertreter aller Bereiche beteiligt sind, vorgestellt werden. Aus der Diskussion der potentiellen Ansätze werden dann konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet, die Machbarkeit in den verschiedenen Institutionen überprüft und Umsetzungspläne schriftlich festgelegt.
Relevanz für die Praxis	Die Institutionen übergreifende Problematisierung und Konkretisierung der Schnittstellenprobleme und die gemeinsame Erarbeitung von konkreten Handlungsstrategien soll zu einer Optimierung der formalen Abläufe, der inhaltlichen Transparenz und des praktischen Transfers führen. Wesentlich hierfür wird die Etablierung neuer Begegnungs- und Kommunikationsformen (z.B. regelmäßiger hausärztlich-rehabilitativer Kolloquien) sein. Die Ausgestaltung und Auswahl möglicher Begegnungs- und Kommunikationsformen ist ein wesentliches Produkt des geplanten Projekts.

Neu: Flexiblerer Förderungsrahmen für vffr-Projekte

In der letzten Vorstandssitzung des vffr am 2. November 2010 in Lübeck wurde beschlossen, den Rahmen für die Ausstattung vffr-geförderter Projekte zu flexibilisieren. Seit Gründung des vffr im Jahr 1994 war die Dauer geförder-

ter Projekte unverändert auf höchstens zwei Jahre und das Fördervolumen auf insgesamt maximal 100.000 EUR (früher 200.000 DM) begrenzt. Um den stetig gestiegenen Personalkosten und den Anforderungen besonders ehrgeiziger

Projekte besser gerecht zu werden, sollen die bislang geltenden Höchstgrenzen (insbesondere im Hinblick auf die Fördermittel) zukünftig in begründeten Fällen bedarfsgemäß erweitert werden können.

Beruflich orientierte kardiologische Reha-Nachsorge - Ein Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Nord mit kardiologischen Reha-Einrichtungen in Norddeutschland



N. Glaser-Möller, H. Brauer, M. Grunze¹

Patienten² werden nach einem akuten Herzinfarkt oder einer Herzoperation in Deutschland in der Regel nach Ablauf der Krankenhausbehandlung einer Rehabilitationsmaßnahme in einer spezialisierten Reha-Einrichtung zugeführt. Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung richten sich an Patienten, die sich noch im Erwerbsleben befinden, mit dem vorrangigen Ziel, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen.

Die Prüfung einer Wirksamkeit der Rehabilitation in Deutschland wird dadurch erschwert, dass die meisten bisherigen Studien nicht kontrolliert sind (Mittag et al. 2010). Bzgl. der beruflichen Wiedereingliederung stellen Kittel und Karoff (2008) fest, dass nach einem kardialen Ereignis nur etwa 65% der

Rehabilitanden wieder eine berufliche Tätigkeit aufnehmen, obwohl gemessen an der Schädigung des Herzgewebes und der damit einhergehenden körperlichen Leistungseinschränkungen etwa 80-90% der Patienten wieder berufstätig sein könnten.

Der vorliegende Beitrag stellt ein kardiologisches Rehabilitationsnachsorgeprogramm vor, das ab dem 01.10.2010 den Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Nord (DRV Nord) in kardiologischen Reha-Einrichtungen in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein angeboten wird. Es wurde durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe¹ (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter) unter Federführung der DRV Nord entwickelt und baut auf dem bereits existierenden

kardiologischen Reha-Nachsorgeprogramm KARENA auf, das in einer früheren Ausgabe der *vffr-news* ausführlich beschrieben wurde (Glaser-Möller, 2007) und in vielen kardiologischen Reha-Einrichtungen in Norddeutschland angeboten wird.

Zielsetzung der Arbeitsgruppe war die Entwicklung zusätzlicher berufsorientierter Module zur Förderung und Unterstützung der langfristigen Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nach der Rehabilitation. Sie orientierte sich dabei an aktuellen Ergebnissen der Rehabilitationsforschung (s. unter 1.) sowie an Voraussetzungen der Umsetzbarkeit und Finanzierbarkeit. Dieses erweiterte Nachsorgeprogramm wird unter 2. beschrieben.

1:

Stellvertretend für die Arbeitsgruppe BERONA: Dr. med. J. Bolte, Strandklinik Boltenhagen; Dr. med. H. Brauer, Klinik Silbermühle Plau am See; Dr. med. N. Glaser-Möller, DRV Nord; Dr. med. M. Grunze, MediClin Dünenwald Klinik Trassenheide; Prof. E. Hoberg, Mühlenbergklinik – Holsteinische Schweiz Bad Malente; Dr. med. U. Masius, MEDIAN-Klinik Heiligendamm; A. Müller, Strandklinik Boltenhagen; N. von Oerchelman, Mühlenbergklinik – Holsteinische Schweiz Bad Malente; Dr. med. J. Zaumseil, AKG Reha-Zentrum Seeheilbad Graal-Müritz.

2:

Zur Gewährleistung einer besseren Lesbarkeit wird bei allen Personengruppen die männliche Form verwendet. Frauen sind jedoch gleichsam eingeschlossen, mitgedacht und explizit auch gemeint.

Anmerkung:

Eine Langversion dieses Artikels wurde bereits im Dezemberheft des *Ärztblatts Mecklenburg-Vorpommern* veröffentlicht.

1) Aktuelle Ansätze zur Erhöhung der beruflichen Wiedereingliederung nach einer kardiologischen Reha-Maßnahme

Mehrere Forschungsprojekte haben untersucht, aus welchen Gründen Patienten ihre Erwerbstätigkeit nicht wieder aufnehmen, obwohl sie mit einem uneingeschränkten körperlichen Leistungsvermögen aus der Reha entlassen wurden und inwieweit die medizinische Rehabilitation durch eine intensive Auseinandersetzung mit den die Erwerbstätigkeit gefährdenden Faktoren bessere Erfolge hinsichtlich der beruflichen Integration erzielen kann.

Aus der Sicht von Kittel und Karoff (2008) wird die berufliche Reintegration vor allem

durch Depressivität, fehlendes Selbstvertrauen, inadäquate Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und fehlende Motivation zur Arbeit negativ beeinflusst. Brauer et al. (2009) haben bei Patienten aus Mecklenburg-Vorpommern mit Hilfe von problemzentrierten Interviews untersucht, unter welchen Aspekten sich Patienten mit erhaltenem erwerbsbezogenen Leistungsvermögen, die einen Rentenantrag auf Erwerbsminderung stellen, von vergleichbaren Patienten unterscheiden, die keinen Rentenantrag stellen. Sie konnten

eine Reihe von psychosozialen Einflussfaktoren identifizieren: der persönliche Umgang mit der Arbeitsmarktsituation (positive Bewertung von Eigeninitiative vs. Hilflosigkeit), der Stellenwert der Erwerbstätigkeit (positiver Wert der Arbeit vs. überwiegende negative Wahrnehmung von Nachteilen wie Stress, Überstunden...), und die finanzielle Bewertung der eigenen Situation (Arbeit als Möglichkeit der Mehreinnahme vs. Rente als finanzielle Absicherung).



Deutsche
Rentenversicherung
Nord

Kittel und Karoff (2008) prüften mit Hilfe einer prospektiven, randomisierten kontrollierten Studie die Effekte eines neuen Therapieprogramms während der Rehabilitation auf die berufliche Reintegration. Durch Informationen über die Höhe der Rentenansprüche und Reflexion über die nicht-monetären positiven Aspekte der Arbeit sollte die Motivation zur Arbeit erhöht werden. Die mit einfachen objektiven Tests überprüfte Leistungsfähigkeit und der Vergleich mit den Anforderungen des Ar-

beitsplatzes sollten zu einer realistischeren Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit führen und das Selbstvertrauen steigern. Die Autoren berichten, dass nach 12 Monaten 79 % der Patienten aus der Interventionsgruppe, aber nur 63 % der Kontrollgruppe eine Erwerbstätigkeit wiederaufgenommen haben (212 Probanden insgesamt). Beim noch laufenden BERUNA-Projekt (Huber et al. 2010) wird im Rahmen einer randomisierten prospektiven kontrollierten Studie die Kombination einer

beruflich orientierten Rehabilitation und einer beruflich orientierten Reha-Nachsorge in Form von vier therapeutisch begleiteten Nachsorgetreffen über einen Zeitraum von 6 Monaten untersucht. Erste Zwischenergebnisse zeigen, dass die Patienten der Interventionsgruppe 6 und 12 Monate nach der Reha ihre Prognose der Erwerbstätigkeit signifikant besser einschätzen als die Patienten der Kontrollgruppe. Ähnliche Effekte konnten für die Depressivität beobachtet werden.

2) Das neue kardio-vaskuläre Nachsorgeprogramm

Die Nachsorgeveranstaltungen finden in vier Modulen einmal im Quartal am Samstag in offenen kleineren Gruppen in der Reha-Einrichtung statt (vgl. Tab. 1). Die Therapien am Vormittag richten sich an alle Rehabilitanden und enthalten im Wesentlichen die Inhalte des KARENA-Programms. Am Nachmittag findet die beruflich orientierte Rehabilitationsnachsorge (BERONA) im engeren Sinne statt, an der sich vor allem Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Nord beteiligen sollen, die trotz Rehabilitation Angst vor der Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit haben bzw. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz befürchten. An der Nachsorge können sowohl Versicherte mit einem Arbeitsplatz als auch Arbeitslose teilnehmen.

Zur Identifizierung der Versicherten, die Bedarf an einer beruflich orientierten Nachsorge haben, wird u.a. das Screeningsinstrument SIBAR (Bürger & Deck, 2009) und die Skala SPE (Mittag & Raspe, 2003) verwendet. Die Verordnung erfolgt während der Rehabilitation. Die parallele Teilnahme an einer Koronargruppe oder einer vergleichbaren Sportgruppe während des

Nachsorgeprogrammes wird befürwortet.

Ein Curriculum beschreibt die Ziele und Inhalte jedes Moduls. Zur Strukturierung der Seminare und als Unterstützung für die Dozenten stehen für die vier Module auch Folien in Form von Powerpoint-Präsentationen sowie schriftliche Hintergrundinformationen zur Verfügung.

Modul 1 befasst sich mit berufsbezogenen Belastungen bei herzkranken Menschen. Die Ziele und Grundlagen sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung werden mit einem Kardiologen oder in der Kardiologie erfahrenen Internisten thematisiert. Die Teilnehmer lernen die Schwere verschiedener Alltags- und Arbeitstätigkeiten anhand konkreter Beispiele einzuschätzen. In der Gruppe erfolgt eine Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Belastung.

Modul 2 geht auf die Befürchtung „Arbeit macht krank“ ein. Positive Aspekte von Arbeit werden in Gruppenarbeit herausgestellt. Weitere Ziele des Moduls sind das Training von sozialer Kompetenz, das Erlernen eines besseren Umgangs mit Stress und Mobbing, unter Berücksichtigung eigener Erfahrungen

sowie die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung durch das soziale und familiäre Umfeld. Das Modul wird von einem Psychologen geleitet.

Modul 3 befasst sich mit der Krankheitsbewältigung. Die Teilnehmer suchen für sich Schutzfaktoren, die in psychisch belastenden Situationen helfen können. So wird depressive Stimmung nach einem Akutereignis thematisiert. Weitere Themen sind das Lernen, mit Krisen umzugehen (Krankheitsverarbeitung) und kompetente therapeutische Hilfe zu finden. Modul 3 wird ebenfalls von einem Psychologen moderiert.

Modul 4 befasst sich mit sozialrechtlichen Fragen und bietet eine Reihe von konkreten Informationen und Hilfsangeboten. Ziel des Moduls ist es insb. Patienten eine realistische Einschätzung des Ausgangs von Anträgen auf soziale Leistungen zu ermöglichen. Die Sitzung wird von einem Sozialarbeiter geleitet.

Am Ende erhält der niedergelassene Arzt bei Zustimmung des Versicherten eine Kopie der Abschlussdokumentation. Das Programm wird nach einer kurzen Erprobungsphase wissenschaftlich evaluiert werden.

Tabelle 1: Der aktuelle Tagesablauf der kardio-vaskulären Nachsorge

Zielgruppe	1. Samstag	2. Samstag	3. Samstag	4. Samstag
Alle	Individuelles Arztgespräch			
	Seminar 1: „Einfluss auf die Arteriosklerose“	Seminar 2: „Bewegungsformen und Therapiesteuerung“	Seminar 5: „Gesunde Kost“	Seminar 6: „Ernährung und Gewicht“
	Sport			
	Seminar 3: „Gefährdung durch Stress und Sucht“	Seminar 4: „Krankheitsverarbeitung, Sexualität bei Herzkrankheiten“	Seminar 7: „Grundlagen der medikamentösen Behandlung“	Seminar 8: „Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme“
	Interaktives Gespräch			
	Nur Versicherte mit gefährdeter Erwerbstätigkeit	Gemeinsames Mittagessen		
Modul 1: „Berufsbezogene Belastungen bei herzkranken Menschen“		Modul 2: „Arbeit und ihre Funktion“	Modul 3: „Krankheitsbewältigung am Arbeitsplatz“	Modul 4: „Sozialrechtliche Fragen und Antworten“
Entspannung				

Literatur

Brauer, J.; Mittag, O.; Raspe, H. (2009). Warum stellen Versicherte trotz erhaltenem erwerbsbezogenen Leistungsvermögen einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung? Eine qualitative Studie an Patienten nach kardialen Ereignissen. Gesundheitswesen 12/2009: 799-806.

Bürger, W.; Deck, R. (2009). SIBAR - ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 48, 211-221.

Glaser-Möller, N (2007). Das neue Nachsorgekonzept der Deutschen Rentenversicherung Nord. vffr-News I. 9-12.

Huber, D.; Kittel, J.; Hoberg, E.; von Hoerschelmann, N.; Karoff, M. (2010). Evaluation von berufsorientierten und poststationären Maßnahmen bei kardiologischen Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemen (BERUNA-Studie). DRV-Schriften. Band 88. 424-426.

Mittag, O.; Raspe, H. (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der

Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der Gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Rehabilitation 42. 169-174.

Mittag, O.; Schramm, S.; Böhmen, S.; Hüppe, A.; Meyer, T.; Raspe, H. (2010). Medium-Term Effects of Cardiac Rehabilitation: Systematic Review and Meta-Analysis of Results from National and International Trials. Zur Publikation eingereicht.

Autoren:

Dr. med. Nathalie Glaser-Möller (Korrespondenzadresse)
Deutsche Rentenversicherung Nord / vffr
Stabsstelle Reha – Strategie und Steuerung
23544 Lübeck
nathalie.glaser-moeller@drv-nord.de

Dr. med. H. Brauer
Klinik Silbermühle, Plau am See

Dr. med. M. Grunze
MediClin Dünenwald Klinik, Trassenheide



Aufbau eines Bundesweiten Zentrums „Reha-Nachsorge“: www.nachderReha.de

Rehabilitation und Nachsorge sind eng verbundene Elemente des Prozesses der Krankheitsbewältigung: Die für einen langfristigen Rehabilitationserfolg notwendigen Verhaltens- und Lebensstiländerungen sind (zum Teil lebenslange) adaptive Prozesse, die im Rahmen einer in der Regel dreiwöchigen Rehabilitation wohl eingeleitet, aber nicht ausreichend verfestigt werden können. Kurz gesagt: Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge (Köpke 2007). Diese Feststellung findet nunmehr uneingeschränkte Zustimmung bei

allen am Reha-Prozess Beteiligten.

Obwohl bereits für eine Vielzahl von Indikationen und Problembereiche Nachsorgeangebote entwickelt und vorgehalten werden, ist die Umsetzung defizitär: Empfehlungen sind oftmals nicht konkret bzw. nachdrücklich genug und die Inanspruchnahmeraten für nachsorgende Maßnahmen gering (Deck 2004, Gerdes 2005). Eine mögliche Ursache liegt in der relativen Unübersichtlichkeit der Nachsorgeangebote und –anbieter begründet; bereits zwischen den

regionalen Kostenträgern gibt es unterschiedliche Inhalte und Regelungen. Auch bei forschenden Reha-Instituten und –Kliniken mangelt es an (bundesweiter) Transparenz. Ferner existieren zahlreiche von Krankenkassen, Selbsthilfegruppen und anderen Einrichtungen entwickelte Angebote, die sich als Nachsorgeprogramme eignen könnten, auch wenn sie nicht unmittelbar für diesen Zweck entstanden und in den meisten Fällen Evaluationsergebnisse ausstehend sind.

Ziel

Vor diesem Hintergrund möchte das derzeit im Aufbau befindliche Web-basierte Nachsorge-Zentrum Abhilfe schaffen: Es soll zu einer bundesweiten Vernetzung der rehabilitationsnachsorgenden Institutionen sowie zur Transparenz und Dissemination

themenrelevanter Forschung beitragen, schwellenfreie Informationen für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Verfügung stellen, als auch den Austausch und die Expertise unter den Nachsorge-Anbietern (z.B. Reha-Kliniken, Kostenträger) fördern. Dabei

ist der Aufgabenbereich des Zentrums im Wesentlichen auf folgenden drei Ebenen angesiedelt:

1. Informationsvermittlung
2. Service
3. Wissenschaftlicher Support/ Transparenz

Methodik

Grundlage für den Aufbau des Web-basierten Zentrums ist eine systematische Übersicht zu den vorhandenen Nachsorgeangeboten in Deutschland. Um die Wahrscheinlichkeit für eine vollständige Erhebung zu maximieren, werden indikationsspezifische systematische Recherchen (ab dem Jahr 2000) in den gängigen bibliografischen Datenbanken durchgeführt. Ergänzend werden bundesweit alle rehawissenschaftlichen Institutionen und Einrichtungen konsultiert, um insbesondere auch weniger etablierte Programme

aufzufinden. Eine zusätzliche Handsuche sowie die Sichtung der Referenzlisten aufgefundener Publikationen („footnote chasing“) rundet die Suche nach relevanten Informationen ab. Entsprechend vorab definierter Selektionskriterien schließt sich ein zweistufiger Selektionsprozess (1. nach Titel bzw. Abstrakt, 2. nach Volltext) sowie die methodische Qualitätsbewertung (Evidenzgrad, Validitätskriterien) und die Extraktion der Daten an. Alle inkludierten Angebote werden anhand eines nachsor-

gespezifischen Qualitätsprofils bewertet; dies soll eine Vergleichbarkeit der verschiedenen Nachsorgeprogramme ermöglichen und insbesondere deren Relevanz, Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität abbildbar machen. Die Erarbeitung relevanter nachsorgespezifischer Qualitätsindikatoren erfolgt in vier Arbeitsschritten: Unter Einbezug systematischer Literaturrecherchen werden zunächst relevante Indikatoren identifiziert, die in einer interdisziplinären Expertengruppe zur Diskussion gestellt werden.

Die daraus resultierende „vorläufige“ Liste nachsorge-spezifischer Qualitätskriterien wird im 3. Schritt einem schriftlichen Bewertungsprozess (N=20 Experten) unterzogen. Eine abschließende Konsensfindung erfolgt durch

den Projektbeirat, der schlussendlich alle relevanten Kriterien in ein Profil zusammenführt.

Bei Zustimmung der jeweiligen Anbieter wird das Qualitätsprofil mit entsprechenden Informationen und Quellen-

hinweisen – die für alle Programme ein und derselben Struktur folgen – in die Datenbank eingepflegt und auf der Website allen Nutzern zugänglich gemacht.

Ausblick

Das geplante Zentrum für Reha-Nachsorge orientiert sich in seinen Grundzügen am bereits bestehenden „Zentrum Patientenschulung“. Es ist bundesweit ausgerichtet und schöpft die Möglichkeiten der modernen Informationstechnologien aus: Hierzu ge-

hört in erster Linie der Aufbau der Website, die neben der indikationsspezifischen Datenbank nachsorgerelevante Informationen und Literatur bereit hält.

Für Rehabilitanden/innen wird ein eigenständiger Bereich zur Verfügung stehen; dabei wer-

den bei der Gestaltung die Richtlinien für barrierefreie Webinhalte (WCAG) berücksichtigt. Neben technischen Erleichterungen sollen auch die Empfehlungen der Initiative Aktion Mensch „einfach für alle“ Beachtung finden.

Projektlaufzeit:

01.12.2010 bis 30.12.2013

Ansprechpartner/ innen (UK S-H, Institut für Sozialmedizin):

Dr. Ruth Deck (Projektleitung): ruth.deck@uk-sh.de

Dipl. Psych. Susanne Schramm (Projektbearbeitung): susanne.schramm@uk-sh.de

Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55plus)



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Ruth Deck, Heiner Raspe, Institut für Sozialmedizin, Lübeck
Nadine Pohontsch, Tobias Krüger-Wausckuhn, Susanne Richter (Projektmitarbeiter)

Hintergrund und Fragestellung

Der demografische Wandel in Deutschland und in der Folge die Anhebung der Regelaltersgrenze auf das 67. Lebensjahr führen dazu, dass die hier lebenden Menschen einen zunehmend größeren Anteil ihrer Lebenszeit im Erwerbsleben verbringen und die ansässigen Unternehmen mit alternen Belegschaften operieren werden. Für die Rentenversicherung ist es wichtig, dass

das durchschnittliche Rentenzugangsalter sich der Regelaltersgrenze weiter annähert. Im Jahr 2009 lag das durchschnittliche Zugangsalter für Erwerbsminderungsrenten bei 50,8 Jahren (Männer) bzw. 49,7 Jahren (Frauen) und für Altersrenten bei 63,5 Jahren (Männer) bzw. 62,9 Jahren (Frauen).

Vor diesem Hintergrund sollte untersucht werden, wie

mit einer spezifischen Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation die Erwerbsfähigkeit der Versicherten erhalten bzw. gefördert werden kann. Die Schwerpunktsetzung des Projekts liegt auf der Phase während und nach der medizinischen Rehabilitation.

Folgende Fragen sollten bearbeitet werden:



1. Welche Erkrankungen bzw. Funktionseinschränkungen sind bei Älteren besonders häufig und für die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben bedeutsam? Wie groß ist der Anteil von RehabilitandInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen?

2. Gibt es für die Rehabilitation älterer Versicherter besondere organisatorische oder strukturelle Anforderungen für die Reha-Einrichtungen (z. B. Aufteilung der Rehabilitanden auf Therapiegruppen/Stationen, Personal, Zusammensetzung des therapeutischen Teams)?

3. Wie unterscheiden sich die Reha-Ziele bei älteren Versicherten im Vergleich zu denen bei jüngeren? Wie groß sind interindividuelle Unterschiede bei Versicherten gleichen Alters?

4. Gibt es bei älteren Versicherten erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen und/oder zwischen Versicherten aus verschiedenen Berufsgruppen bezogen auf die Anforderungen an die medizinische Rehabilitation?

5. Liegen spezielle Erfordernisse bei der Therapiedichte vor (z. B. weniger bzw. mehr therapeutische Leistungen,

verteilt über einen kürzeren bzw. längeren Zeitraum)?

6. Gibt es Unterschiede bzgl. der angemessenen Zusammensetzung der therapeutischen Leistungen bei verschiedenen Altersgruppen?

7. Sollten spezielle Therapieangebote für Ältere geplant werden (z. B. Training der kognitiven Leistungsfähigkeit, besondere Ausrichtung der beruflichen Orientierung (MBOR) oder von Sport und Bewegung, Intervallbehandlungen)?

8. Gibt es Anpassungsbedarf bei der Reha-Nachsorge?

Methodik und Durchführung der Studie

Neben einer systematischen Literaturübersicht und der Auswertung vorliegender Daten der ‚Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein‘ bilden qualitative Fokusgruppen zur Erfassung der Rehabilitandensicht sowie der Einschätzung von „Experten“ (Ärzte, Psychologen, weitere Therapeuten und andere Mitglieder des Reha-Teams) den Kern des Projekts. Die Durchführung der Datenerhebung erfolgte in zwei Schritten. Zuerst wurden Rehabilitanden im Rahmen von Gruppengesprächen zu rehabilitationsbezogenen Erwartungen und Erfahrungen befragt und danach die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragungen in Expertengruppen diskutiert.

Rehabilitandengruppen:

Es wurden insgesamt 18 leitfadengestützte Fokusgruppen mit Rehabilitanden durchgeführt, jeweils 6 Gruppen pro Indikation (Orthopädie, Kardiologie, Psychosomatik). Um geschlechtsspezifische Aspekte zu berücksichtigen, sollten die Gruppen gleichgeschlechtlich zusammengesetzt sein. Dies ließ sich jedoch aufgrund von Fallzahlproblemen nicht für alle Indikationen realisieren. Die Gruppengespräche wurden leitfadengestützt durchgeführt und mithilfe eines digitalen Aufnahmegeräts protokolliert. Die Aufnahmen wurden im Anschluss vollständig transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse der Rehabilitandengruppen wurden anschließend so aufbereitet, dass sie für die

Fokusgruppen mit den Experten genutzt werden konnten.

Expertengruppen:

Die Expertengruppen wurden in zwei der kooperierenden Kliniken durchgeführt, wobei jeweils Gruppen mit 7-11 Teilnehmern pro Indikation realisiert werden konnten. Die Rekrutierung der Experten erfolgte über die ärztlichen Kooperationspartner in den Kliniken, wobei eine multidisziplinäre Zusammensetzung der Gruppe im Vordergrund stand. Die Expertengespräche wurden ebenfalls aufgezeichnet. Die Aufnahmen wurden im Anschluss von den wissenschaftlichen Mitarbeitern des Projekts abgehört und die zentralen Punkte bezüglich der diskutierten Problemstellungen schriftlich dargestellt.

Ergebnisse

In den Fokusgruppen mit Rehabilitanden wie auch mit den Experten kamen folgende Themen und Unteraspekte zur Sprache:

Besondere organisatorische und strukturelle Anforderungen

- Mitspracherecht bzw. Einbe-

ziehen in Entscheidungen

- Widersprüchliche Verhaltens-/Therapieanweisungen
- Terminplanung, -vergabe und -einhaltung
- Zu wenig Personal/zu wenig Zeit des Personals
- Zu große Gruppen bzw. Zusammensetzung zu heterogen

- Therapieangebote nicht ausreichend verfügbar
- Größere Kontinuität bei ärztlichen/therapeutischen Kontakten
- Auswertung des Patientenfragebogens im Vorlauf
- Individuelle Behandlungsangebote bei Reha-Beginn



Besondere Anforderungen an Therapiedichte und -inhalte

- Aufnahme- und Einzelgespräche zu kurz / zu oberflächlich
- Krankheits- / therapiebezogene Erklärungen nicht ausreichend
- Leerlauf am Wochenende
- Sozialberatung nicht ausreichend
- Klinikeneinrichtungen nicht außerhalb der Therapiezeiten nutzbar

Spezielle Therapieangebote

- Berufsbezogene Beratung/stufenweise Wiedereingliederung
- Altersbezogene Ausrichtung nicht vorhanden

Anpassungsbedarf der Reha-Nachsorge

- Fehlende Informationen über / Hilfe bei der Organisation der Nachsorge
- Individueller Nachsorgeplan
- Regelmäßige Nachbefragungen zur Umsetzbarkeit im Alltag

Die einzelnen Themen wurden in den Rehabilitanden- und Expertengruppen zum Teil im Konsens, zum Teil kontrovers diskutiert. Aufgrund der Fülle des Materials kann an dieser Stelle nicht auf die Ergebnisse im Einzelnen eingegangen werden, statt dessen beschränken wir uns auf die aus dem Projekt abgeleiteten Empfehlungen für die Rehabilitation älterer Versicherter. Der komplette Abschlussbericht sowie eine Zusammenfassung der Ergebnisse ist online einsehbar.¹

Empfehlungen des Projekts

Die Kritikpunkte und Vorschläge aus Rehabilitanden- und Expertensicht sind nur zu einem geringen Teil altersspezifisch. Anhand der vorliegenden Daten lassen sich folgende Empfehlungen für bessere Anpassung der medizinischen Rehabilitation an die Bedarfe Älterer formulieren:

Empfehlung 1: Optimierung von Informationsvermittlung und -austausch

Ältere Rehabilitanden haben bei der Informationsaufnahme häufig größere Schwierigkeiten als Jüngere. Deswegen ist die Informationsvermittlung besonders wichtig. Ein auf die Bedürfnisse älterer Rehabilitanden und individuell relevante Frage- bzw. Problemstellungen abgestimmtes Informationsangebot sollte oberste Priorität haben. Eine klare Vermittlung, warum die von den Experten vorgesehenen Therapien geeignet sind, steigert die Compliance der älteren Rehabilitanden in und nach der Rehabilitation. Außerdem gewinnen mit steigendem Alter feste Strukturen immer mehr an Bedeutung: Für ältere Rehabilitanden sind feste Ansprechpartner und die Möglichkeit zur zeitnahen Klärung offener Fragen besonders wichtig. Dazu können feste Gesprächszeiten bzw. die Möglichkeit einer kurzfristigen Terminvereinbarung beitragen.

Auch sollten innerhalb der Kliniken klare Richtlinien etabliert werden, welche Informationen in welcher Gesprächseinheit (Aufnahme, Informationsveranstaltung, Visite oder Einzelgespräch) zu erfragen bzw. zu vermitteln sind. Hierdurch könnte einer durch die Informationsflut bedingten Überforderung älterer Rehabilitanden vorgebeugt werden. Eigens eingerichtete Gesprächszimmer sowie eine kontinuierliche und sorgfältige Dokumentation des Behandlungsverlaufs können den positiven Eindruck fester und verlässlicher Strukturen und der Widerspruchsfreiheit der Behandlung unterstützen. Eine gemeinsame und einheitliche „Kliniksprache“ ermöglicht dabei eine widerspruchsfreie Vermittlung relevanter Inhalte.

Empfehlung 2: Verstärkung der beruflichen Ausrichtung der Rehabilitation

Eine stärkere berufliche Ausrichtung der Rehabilitation (z. B. stufenweise Wiedereingliederung) erscheint bei der betrachteten Altersgruppe besonders wichtig, da einerseits von einer größeren Unsicherheit bezüglich der beruflichen Zukunft und andererseits von größeren Umstellungsschwierigkeiten bei Arbeitsplatzwechsel/-umgestaltung auszugehen ist. Besonders wichtig ist eine umfangreiche

Vermittlung von Informationen über bestehende Möglichkeiten des Wiedereinstiegs bzw. der Neuorientierung. Eine Ausweitung der Kooperation von Rehabilitationskliniken und Arbeitgebern erscheint sinnvoll. Auch die Arbeitgeber sollten hierbei verstärkt über die staatlichen Unterstützungsleistungen informiert werden.

Empfehlung 3: Verstärkung der Nachsorgebemühungen

Die Wichtigkeit der Nachsorge sollte den Rehabilitanden von Beginn der Rehabilitation an wiederholt vermittelt werden. Dies erscheint in der betrachteten Altersgruppe besonders relevant, da hier häufig passive Behandlungserwartungen vorherrschen und somit vermutlich nur wenige Nachsorgeelemente selbstständig aufgegriffen werden. Ziel sollte hierbei die gemeinsame Erstellung eines individuellen Nachsorgeplans sein, welcher die persönlichen Problemstellungen in Alltag und Beruf berücksichtigt und als Rückhalt bei Umsetzungsschwierigkeiten dient. Die flächendeckende Einführung regelmäßiger Nachbefragungen zur Umsetzbarkeit des Gelernten im Alltag erscheint zur Verstärkung der Ergebnisse sinnvoll.

1:

http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortal/Web/contentAction.do?key=main_reha_ep_aeltere



Ernst Moritz Arndt
Universität Greifswald

Die faktorielle Struktur der direkten und der indirekten Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation – Analysen auf Itemebene

S. Meyer-Moock, T. Kohlmann – Institut für Community Medicine, Universität Greifswald

Zur Messung von Veränderungen relevanter Zielgrößen in der medizinischen Rehabilitation liegen unterschiedliche Methoden vor. Je nach Anzahl und zeitlicher Anordnung der Messzeitpunkte (Prä-Post-Design oder einmalige retrospektive Messung) wird zwischen direkter und indirekter Veränderungsmessung unterschieden. Für beide Methoden werden in der Literatur zahlreiche Vor- und Nachteile angeführt [Kastner et al 1997; Nübling et al 2004].

Im Rahmen des Projektes „Ergebnismessung in der medizinischen Rehabilitation: Vergleich unterschiedlicher Methoden der Outcome-Messung“ haben wir die Ergebnisse aus früheren vergleichenden Studien zur direkten und indirekten Veränderungsmessung, nach denen die beiden Methoden nur in geringem Maße übereinstimmen, überprüft. Analysen der faktoriellen Struktur hatten gezeigt, dass die Indikatoren der direkten Veränderungsmessung unabhängig von ihrem Inhalt einer ihnen gemeinsamen Dimension zugeordnet waren [Kohlmann et al 1998]. In unserer Studie wurde anhand drei unabhängiger Studien untersucht, ob die bisher überwiegend auf Skalenebene erzielten Ergebnisse auch auf Itemebene gültig sind.

Die empirische Grundlage bildeten drei Stichproben von Rehabilitationspatienten (N=466, N=194, N=610), die mit beiden Methoden der Veränderungsmessung u.a. hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes, körperlicher Funktionsfähigkeit, psychischem Wohlbefinden, Merkmalen zur Krankheitsbewältigung und des Leistungsvermögens in den Bereichen Alltagstätigkeiten, Beruf und Freizeit sowie zur Selbstbeurteilung von Schlafproblemen, Sozialkontakten, und Schmerzen befragt wurden. Mittels Hauptkomponentenanalyse mit schiefwinkliger Rotation wurde die faktorielle Struktur der direkten und der indirekten Veränderungsmessung untersucht. Faktorenlösungen mit 2, 3, 4 und 5 extrahierten Faktoren wurden verglichen. Zusätzliche Analysen wurden insbesondere nach Indikationen und mit ausschließlicher Faktorisierung der Items der direkten Veränderungsmessung durchgeführt.

Die Analyse der faktoriellen Struktur der drei untersuchten Datensätze hat gezeigt, dass die bisher berichteten Ergebnisse auch auf Itemebene gültig sind. Es war zu beobachten, dass die Ergebnisse der Analyse der beiden Methoden der Veränderungsmessung nur in geringem bis mittlerem Maß

übereinstimmen. Die Indikatoren der direkten Veränderungsmessung luden unabhängig von ihrem Inhalt auf einer bzw. wenigen gemeinsamen Dimensionen, die nicht denen der indirekten Veränderungsmessung entsprachen.

Die Betrachtung der beiden Methoden zur Veränderungsmessung ergab, dass das Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse die bereits auf Skalenebene analysierten Inkonsistenzen in der Übereinstimmung beider Methoden auch auf Itemebene widerspiegelt. Es werden mit der indirekten und der direkten Methode unterschiedliche Aspekte der Veränderung beschrieben. Je nach Anwendungsfeld sollten die Vor- und Nachteile der einzelnen Messmethoden gegeneinander abgewogen werden. Vor dem Hintergrund unserer Ergebnisse empfiehlt sich für eine umfassende Darstellung von Veränderungen im Rahmen der rehabilitationswissenschaftlichen Evaluation für die untersuchten Erhebungsinstrumente nach wie vor die Standardmethode der Veränderungsmessung (indirekte Veränderungsmessung), da mit dieser mehrdimensionale Konstrukte ausreichend trennscharf abgebildet werden können.

I:

Das Projekt „Ergebnismessung in der medizinischen Rehabilitation: Vergleich unterschiedlicher Methoden der Outcome-Messung anhand von rehabilitationswissenschaftlichen Datensätzen und kognitiven Interviews über Veränderungssitems“ wird im Rahmen des Förderschwerpunktes „Versorgungsnähe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert [Buschmann-Steinhage 2009].

Literatur

Buschmann-Steinhage R. Reha-Forschung als Innovationsmotor – der Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“. In: DRV Bund, Hrsg. Tagungsband „Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung“. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 9.-11. März 2009 in Münster. Berlin: DRV Bund; 2009; 83: 25-27

Kastner S, Basler HD. Messen Veränderungsfragebögen wirklich Veränderungen? Untersuchungen zur Erfolgsbeurteilung in der psychologischen Schmerztherapie. Schmerz 1997; 11: 254-262

Kohlmann T, Raspe H. Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen „indirekte“ und „direkte“ Metho-

den der Veränderungsmessung überein? Rehabilitation 1998; 37 (Suppl. 1): S30-37

Nübling R, Steffanowski A, Wittmann W, Schmidt J. Strategien der Ergebnismessung am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 2004; 65: 35-44

Kontakt: Sandra.Meyer-Moock@uni-greifswald.de

Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Dr. phil. J. Dirmaier, Prof. Dr. med. Dr. phil. M. Härter – Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Eine aktive Beteiligung von Patienten wird im Zuge einer zunehmend geforderten Patientenorientierung im Gesundheitswesen als wichtiger Faktor im Rahmen von Prozessveränderungen der Gesundheitsversorgung angesehen. Patienten sollen zu kompetenten Partnern und Experten werden, die Verantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übernehmen. Patientenbeteiligung ist eine umfassende Konzept, welches auf verschiedene Aspekte der Versorgung von Patienten übertragen wurde, im Besonderen auf die Beteiligung bei medizinischen Entscheidungsfin-

dungsprozessen sowie bei Behandlung bzw. Management von chronischen Erkrankungen. Patientenbeteiligung ist zudem ein sektorübergreifend relevantes Thema, jedoch aufgrund des hohen Anteils chronisch erkrankter Patienten von besonderer Relevanz für die medizinischen Rehabilitation, da hier die Entwicklung von Selbstmanagementkompetenzen besonders im Vordergrund steht. Eine stärkere Patientenbeteiligung ist somit auch in der medizinischen Rehabilitation seit dem Sozialgesetzbuch (SGB) IX 2001 und dem Eckpunktepapier zur Modernisierung des Gesund-

heitswesens 2003 (gesetzlich) verankert.

Im Folgenden sollen zunächst verschiedenen Konzepte der Selbstbeteiligung konkretisiert, Möglichkeiten der Umsetzung in die Praxis dargestellt und dabei auftretende Barrieren diskutiert werden. Im Anschluss werden erforderliche Anpassungen für die Anwendung dieser Konzepte in der medizinischen Rehabilitation diskutiert und abschließend aktuelle rehabilitationsspezifische Forschungsschwerpunkte bezüglich einer partizipativen Versorgungsgestaltung beschrieben.

Selbstbeteiligung: aktuelle Konzepte und praktische Umsetzung

Partizipative Entscheidungsfindung: Unter partizipativer Entscheidungsfindung (PEF) versteht man einen Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen [1]. Dabei fließt die Information in beide Richtungen, der Arzt stellt medizinische Informationen bereit, der Patient berichtet von seinen Präferenzen und persönlichen Lebensumständen, die von Relevanz für die Entscheidung sein können. Arzt und Patient treffen die Entscheidung gemeinsam und teilen sich die Verantwortung. Es gibt unterschiedliche Ansätze, um eine partizipative Entscheidungsfindung zu fördern: So spielt z.B. eine angemessene *Vermittlung medizinischer Fachinformationen* eine große Rolle. *Entscheidungshilfen* (sog. *Decision Aids*) beinhalten eine verständliche Darstellung von Behandlungsmöglichkeiten mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen sowie Wahrscheinlichkeiten für einen Behand-

lungserfolg und unterstützen auf diese Weise die Beteiligung von Patienten [2]. Zudem sollen Werte und Präferenzen von Seiten der Patienten im Rahmen der Entscheidungsfindung berücksichtigt und integriert werden. *Patientenschulungen zur partizipativen Entscheidungsfindung* haben eine Stärkung von Patientenkompetenzen (Empowerment) und die Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten für das Gespräch mit dem Arzt zum Ziel [3]. Im Rahmen von *ärztlichen Fortbildungsmaßnahmen zur partizipativen Entscheidungsfindung* werden spezifische ärztliche Gesprächs- und Handlungskompetenzen vermittelt.

Beteiligung am Management der Erkrankung: Neben dem Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung existieren weitere Ansätze, die eine Partizipation an der Gesundheitsversorgung auf Seiten des Patienten fokussieren. Eine aktive Beteiligung von Patienten an der Behandlung ihrer chronischen Erkrankung ist beispielsweise explizit im Rahmen des Chronic Care Mo-

dells verankert [deutsche Adaptation: 4]. Neben Aspekten wie der Verwendung evidenzbasierter Leitlinien, strukturierten Arbeitsabläufen, Vernetzung der Versorgungseinrichtung und dem Einsatz klinischer Informationssysteme soll insbesondere über ein verbessertes Selbstmanagement die aktive Rolle des Patienten im Behandlungsverlauf gestärkt werden [4]. Unter Selbstmanagement wird in diesem Zusammenhang die Hilfe zur Selbsthilfe verstanden, um im Sinne eines Empowerments eine Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz zu erreichen, um so den Patienten zu motivieren, selbstständig Ziele zu setzen, Barrieren und Herausforderungen zu identifizieren und seinen Gesundheitszustand zu überwachen [4]. Um den selbstverantwortlichen Umgang (Selbstmanagement) mit einer Erkrankung zu fördern, werden insbesondere *Patientenschulungen* eingesetzt. Eine weitere Strategie stellt beispielsweise die Verwendung von *Zielvereinbarungen* dar [5].



Barrieren bei der Umsetzung von Selbstbeteiligung

Noch gibt es jedoch deutliche Defizite bei der Implementierung einer partizipativen Versorgung. Hierfür werden verschiedene arztseitige Faktoren diskutiert: Am häufigsten wird von ärztlicher Seite als zentrales Problem für die Umsetzung einer partizipativen Versorgung Zeitmangel angegeben. Zudem geben Ärzte an, dass eine Beteiligung ihrer Patienten bei medizinischen Entscheidungen aufgrund bestimmter Eigenschaften der Patienten und bestimmter klinischer Situationen nicht anwendbar sei bzw. nicht mit den Präferenzen der Patienten übereinstimme [6]. **Patientenseitig** werden insbesondere die *Gesundheitskompetenz* [7,8] und das *Ausmaß der individuellen Aktivierung* [9,10] diskutiert. *Gesundheitskompetenz* (engl.: health literacy) ist definiert als das Ausmaß der Fähigkeit, grundlegende Gesundheitsinformationen und

Angebote, die für angemessene Entscheidungen und Handlungen bezüglich der Gesundheit notwendig sind, zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen [11]. Bei Anforderungen, die sich aus einer Erkrankung ergeben, wird von Patientenkompetenz als einer spezifischen Form von Gesundheitskompetenz gesprochen [12]. Das Konzept der *individuellen Aktivierung* von Patienten (engl.: patient activation) bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem ein Patient ein aktives Rollenverständnis bezüglich des Managements seiner Erkrankung hat und inwieweit er sich in der Lage fühlt, diese Rolle zu erfüllen [13]. Im speziellen bezieht sich das Modell auf die Fähigkeiten von Patienten, mittels Wissens, Einstellungen und weiteren im Kontext der eigenen Gesundheitsversorgung notwendigen Fertigkeiten ihre Erkrankung und ihre Gesund-

heitsversorgung eigenständig zu managen [14]. Zudem sind konzeptionelle Probleme des Begriffs „Selbstbeteiligung“ als mögliche Barrieren der Implementierung von entsprechenden Maßnahmen zu diskutieren. Neben einer Vielzahl und Heterogenität der innerhalb des Konzepts Patientenbeteiligung zusammengefassten Dimensionen liegt ein weiteres Problem darin, dass die meisten dieser Dimensionen als nur unzureichend theoretisch fundiert bzw. definiert angesehen werden [15]. Daraus resultiert, dass sowohl im Bereich der Evaluations-/ Versorgungsforschung wie auch in der derzeit gängigen Qualitätsmanagementpraxis [16] noch ein Mangel an verlässlichen Endpunkten zur Evaluation einer partizipativen Versorgung [17] herrscht, wodurch die Implementierung evidenzbasierter Maßnahmen erschwert werden kann.

Adaptation von Konzepten der Selbstbeteiligung im Rahmen der Rehabilitation

Für die Umsetzung einer *partizipativen Entscheidungsfindung* in der Rehabilitation ergeben sich besondere Anforderungen [18]. Dabei bestimmt die Art der Erkrankung (akut - chronisch, somatisch - psychisch) wesentlich den Entscheidungsprozess und die damit verbundenen Konsequenzen. Zudem muss unterschieden werden, ob es sich bei der Entscheidung um eine Behandlungs- bzw. Zielplanung handelt oder um eine Therapieentscheidung. Ähnliches gilt auch für die Rolle Dritter, wie z. B. Angehörige oder Arbeitgeber. Gerade weil Entscheidungen in der Rehabilitation häufig mit weitreichenden Konsequenzen für das berufliche und private Umfeld verbunden sind, gilt es, den Einfluss und die Rolle Dritter zu berücksichtigen [19]. Zudem

verläuft der Entscheidungsfindungsprozess nicht nur dyadisch zwischen (einem) Arzt und Patient, sondern es sind häufig mehrere Hierarchieebenen und Professionen beteiligt. Dies führt dazu, dass bei der Entscheidung alle aus einer multidisziplinären Sichtweise relevanten Aspekte und die unterschiedlichen Rollen der einzelnen Behandler berücksichtigt werden müssen [20]. Somit sind die Handlungsschritte der PEF auf mehrere verschiedene Personen und Gesprächssituationen verteilt. Zum Beispiel erfordert dies eine effektive Koordination und Kommunikation der verschiedenen Berufsgruppen und eine Klärung der Rollen aller Beteiligten im Behandlungsprozess, was in bestehenden Theorien zur PEF zum Teil nicht ausreichend berücksich-

tigt ist [21]. Eine entsprechende Erweiterung erfolgte von Körner et al. [22], wobei neben einer adäquaten Behandler-Patient-Interaktion als Voraussetzung für eine gelungene Beteiligung von Patienten eine gute interne Kommunikation vorausgesetzt wird [22]. Es sind somit Maßnahmen zur Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen sowie eine Verbesserung des Interaktionsverhaltens der Mitarbeiter einer Rehabilitationsklinik erforderlich [23]. Für die Durchführung von *Patientenschulungen* zur besseren Beteiligung am Management einer Erkrankung in der medizinischen Rehabilitation wurden bereits explizit formale und inhaltliche Aspekte sowie Bewertungskriterien festgelegt [vgl. 24]. Wesentliche Merkmale sind dabei, dass



es sich bei Patientenschulungen um manualisierte, interaktive Gruppenangebote mit mehreren Schuleinheiten handelt. Weitere definierte Qualitätsmerkmale sind die Durchführung in einer geschlossenen Gruppe unter Einbezug von Angehörigen, Kontakte zur Nachsorge sowie Materialien zur Lernerfolgskontrolle im Manual, zudem existieren indikationsspezifische Anforderungen an die Inhalte einer Patientenschulung. Insbesondere in einem multi-

professionellen Team sind *Zielvereinbarungen* wichtig, da dies als eine zentrale Voraussetzung für die Ausrichtung von Rehabilitationsprozessen gesehen wird. Anforderungen an Zielvereinbarungen in der Rehabilitation wurden erstmalig von Schut & Stam [25] formuliert, wonach Ziele im Rahmen einer Behandlung im multiprofessionellen Team nach der SMART-Regel festzulegen sind (specific, measurable, achievable, relevant, time-limited), empirische Befunde sprechen für die Nutzen

dieser einzelnen Kriterien [vgl. 26]. Zudem sollten die grundlegenden Zielsetzungen der Rehabilitation (entsprechend der Taxonomie der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bzw. die übergeordneten Ziele der Rehabilitation wie drohende oder manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft abzuwenden, zu beseitigen oder zu mildern) berücksichtigt werden.

Aktuelle Forschung zur Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation

Schwerpunkte aktueller Forschung zum Thema Selbstbeteiligung in der Rehabilitation resultieren insbesondere aus einem gemeinsamen Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der Deutschen Rentenversicherung, der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. Hier wurden ab 2008 Forschungsprojekte zur versorgungsnahen Forschung zum Thema „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ gefördert. Ziel des Förderschwerpunktes ist die Untersuchung

der Wirksamkeit von Versorgungsleistungen durch den Einbezug und eine aktive Beteiligung chronisch kranker Menschen. So soll z.B. das spezifische Wissen chronisch kranker Menschen durch *bedarfsgerechte Patientinformationen* verbessert werden. Auch die Weiterentwicklung und Evaluation von Schulungsprogrammen soll Rehabilitationspatienten darin fördern, selbstbestimmte Entscheidungen bezüglich ihrer Lebensführung und des Umgangs mit ihrer chronischen Erkrankung und den Folgen treffen zu können (Empowerment). Die bedarfsgerechte und zielgrup-

penspezifische Verankerung von Patienten- und Teilnehmerorientierung stellt einen weiteren Bereich des Förderschwerpunktes dar. Hierzu gehören auch organisationsbedingte Faktoren der Versorgung, die eine partizipative Versorgungsgestaltung verhindern oder ermöglichen, wie z. B. Zeitfaktoren, Zusammensetzung von Behandlungsteams oder die Interaktion verschiedener Versorgungssektoren. Zudem sollen die Effekte neuer Medien wie E-Coaching und telefonischer Nachsorge im Hinblick auf eine stärkere Partizipation untersucht werden.

Fazit

Die Relevanz des Konzeptes für die Rehabilitation wird durch seine Eignung für die Behandlung von lebensbegleitenden und lebensverändernden Erkrankungen deutlich. Auch für die Beteiligung von Patienten in der Rehabilitation gibt es innovative Konzepte, wie Patientenbeteiligung auch in einem interdisziplinären

Setting mit mehreren Behandlern praktiziert werden kann. Eine erfolgreiche Umsetzung hängt sowohl von organisatorischen Faktoren ab als auch davon, inwieweit Barrieren auf ärztlicher Seite überwunden werden können und welche Voraussetzungen bei Patienten vorhanden sind. Zum Teil werden diese inno-

vativen Ansätze bereits im Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ bei der Entwicklung verschiedener Strategien der partizipativen Versorgungsgestaltung umgesetzt und deren Effekte hinsichtlich verschiedener Zielkriterien untersucht.

Literatur & Kontakt

Das Literaturverzeichnis erhalten Sie bei den Autoren (Kontakt: dirmaier@uke.de) oder über die vffr-news Redaktion (Kontakt: srabung@uke.de).

Projekt GINKO - Studie zu Gesetzeswirkungen bei der beruflichen Integration schwerhöriger, ertaubter und gehörloser Menschen durch Kommunikation und Organisation

**"Berufstätig mit
Hörbehinderung -
Barrieren abbauen!
Mitmachen!"**

In den letzten Jahren gab es für behinderte und schwerbehinderte Menschen verschiedene Aktivitäten zur (Re-)Integration in Arbeit. Dies gilt insbesondere auch für schwerhörige, ertaubte und gehörlose Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Es bleibt jedoch unklar inwieweit die rechtlichen Grundlagen in Deutschland so umgesetzt werden, wie vom Gesetzgeber beabsichtigt oder ob es Hürden gibt, die die Umsetzung der Gesetze bremsen.

GINKO will Änderungsbedarf feststellen und Lösungsmöglichkeiten durch Beispiele guter Praxis aufzeigen. Der Projekttitle GINKO spiegelt das gemeinsame Interesse des Deutschen Schwerhörigenbundes (DSB), des Deutschen Gehörlosenbundes (DGB), des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Forschungsstelle zur Rehabilitation von Menschen mit kommunikativer Behinderung (FST) wider, erstmals eine bundesweite Befragung durch die beiden Behindertenverbände und die Datenauswertung durch die FST durchzuführen.

In einer ersten Stufe des Projektes erfolgt aktuell eine Befragung von Hörgeschädigten. Weitere Informationen zum Projekt GINKO sowie den Fragebogen finden Sie unter: www.ginko-umfrage.de.

Symposium „Cancer Survivorship und Rehabilitation“ vom 27.1. bis 28.1.2011 in Hamburg

**"Cancer
Survivorship
und
Rehabilitation"**

Neue Entwicklungen in der Früherkennung, Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen haben bei zahlreichen Tumorgruppen zu längeren Überlebenszeiten geführt. Krebs ist für viele Patienten zu einer chronischen Erkrankung geworden. Die Gruppe der sogenannten Krebsüberlebenden (Cancer Survivors) wächst ständig. Die Rückkehr zur Normalität gelingt Betroffenen unterschiedlich gut. Die Forschung weist darauf hin, dass eine große Gruppe von Patienten auch lange Zeit nach Beendigung der Behandlung mit zahlreichen Einschränkungen und Belastungen leben muss. Diese Situation macht die Bedeutung einer guten medizinischen und psychosozialen Nachsorge und Rehabilitation deutlich.

Das Symposium greift die Survivor-Thematik auf. Analysiert werden die Belastungen und Einschränkungen Betroffener, darüber hinaus werden Konzepte und Ansätze zur Verbesserung der Lebensqualität von Krebsüberlebenden durch sekundärpräventive und rehabilitative Maßnahmen diskutiert.

Das Symposium in der Reihe *Hamburger Gespräche: Entwicklungstrends in der Psychoonkologie* wird vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, dem Universitären Cancer Center Hamburg und der DGRW veranstaltet. Weitere Informationen und ein Anmeldeformular finden Sie im Internet unter: www.rehabilitationswissenschaften.de

20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 14.3. bis 16.3.2010 in Bochum

Das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium hat sich mittlerweile zum wichtigsten Diskussionsforum für aktuelle und praxisrelevante Ergebnisse aus der Rehabilitationsforschung entwickelt. An der Tagung nehmen etwa 1.500 Expertinnen und Experten aus Forschung, Medizin, Psychologie und Therapie sowie Gesundheitsmanagement, Verwaltung und Politik teil. Das wissenschaftliche Programm umfasst zirka 280 Fachvorträge und Poster. Plenar- und Übersichtsvorträge (DGRW-Update), eine Plenardiskussion und Satellitenveranstaltungen vertiefen die Themen weiter.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund veranstaltet das 20. Kolloquium gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW).

Das diesjährige Rahmenthema "Nachhaltigkeit durch Vernetzung" zielt auf eine Verstärkung der Reha-Erfolge durch eine engere Einbindung der Rehabilitation in die medizinische Versorgungskette einerseits sowie in die Lebens- und Arbeitswelt der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden andererseits.

Eine beruflich orientierte medizinische Rehabilitation kann sich durch Kooperation mit beruflichen Rehabilitationseinrichtungen und Betrieben stärker auf die konkreten beruflichen Anforderungen ausrichten. Die erarbeiteten Reha-Erfolge können dann unmittelbar im Berufsalltag umgesetzt werden.

Die modernen Informationstechnologien eröffnen vielseitige neue Möglichkeiten der Vernetzung. Dabei geht es etwa darum, Informationen über geeignete Angebote der Reha-Nachsorge für Rehabilitationseinrichtungen und die Rehabilitanden selbst bereit zu halten und Kontakte zu wohnortnahen Ansprechpartnern und Leistungsanbietern zu schaffen. Internet und Telefon können zudem zur weiterführenden Kommunikation mit den Betroffenen nach der Rehabilitation eingesetzt werden.

Als Themenschwerpunkte des 20. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums erwarten Sie:

- Nachhaltigkeit durch Vernetzung
- 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.

**„Nachhaltigkeit
durch
Vernetzung“**

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2011 vom 11.5. bis 13.5.2011 in Berlin

"Medizin und Gesundheit"

Eine neue Gesundheitsreform steht bevor, und sie wird stufenweise eingeführt. Noch lässt sich nicht in Gänze absehen, wohin die Reise geht. Selbstverständlich werden wir beim nächsten Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit genau beleuchten, welche Auswirkungen das AM-NOG hat und welche weiteren Reformschritte noch geplant sind.

Was erwartet die Kongressbesucher an weiteren Themen? Wie man eine hohe medizinische Qualität erreicht und diese dann auch noch erfolgreich vermarktet, gehört zu den wichtigen Zukunftsthemen der Gesundheitswirtschaft. Die Frage der Qualitäts-Transparenz ist hier von entscheidender Bedeutung: Z. B. sollten Versicherte vor einer Operation die tatsächlichen Ergebnisse der Krankenhäuser anschauen und vergleichen können, bevor sie eine Auswahl treffen. Dazu zählt übrigens auch das Thema Krankenhaushygiene, das nach dem tragischen Fall in Mainz wieder groß in die Schlagzeilen kam.

Eine wesentliche Rolle in allen drei Fachkongressen werden die Versorgungsforschung und neue technische Entwicklungen spielen, speziell Medizintechnik, Informationstechnologie, Telemedizin und elektronische Patientenakten. Auch in der Pflege muss man sich angesichts fehlender Fachkräfte damit auseinandersetzen, was uns Menschen durch Maschinen abgenommen werden kann - der japanische Roboter, der Schwerkranken füttert und wäscht, ist keine Science Fiction mehr, sondern dort bereits erprobte und akzeptierte Realität..

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

38. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf- Erkrankungen e.V. (DGPR) vom 3.6. bis 4.6.2011 in Berlin

"Prävention vor Rehabilitation - Konkurrenz oder Kontinuität"

Die beste Behandlung der Herz-Kreislaufkrankungen besteht auch heute noch darin, ihre Entstehung durch eine frühzeitige Prävention von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren zu verhindern. Denn durch eine solche Frühprävention könnten nach den Ergebnissen der INTERHEART Studie fast 80 % aller vorzeitigen Herz- und Gefäßerkrankungen vermieden werden. Die Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen soll nach dem Auftreten von Erkrankungen die Teilhabe am Alltag und Beruf wiederherstellen oder erhalten sowie den weiteren Krankheitsverlauf günstig beeinflussen. Langfristig kann sie deshalb nur erfolgreich sein, wenn sie mit einer konsequenten Sekundärprävention verbunden ist. So ist die Prävention der roten Faden, der sich durch die ganze Behandlungskette von Herz-Kreislaufkrankungen zieht.

Sie steht nicht gegen die Rehabilitation, sondern ergänzt sie komplementär. Welche Präventionsleistungen in welchem Setting, für welchen Patienten, mit welchen Methoden und zu welchem Zeitpunkt angeboten werden sollen und die besten gesundheitlichen Effekte versprechen, diesen Fragen widmet sich der nächste Jahreskongress der DGPR. In den ausgewählten Symposien wird den Teilnehmern der neueste Stand der kardiovaskulären Prävention und Rehabilitation vermittelt. Die Themen wenden sich an das gesamte therapeutische Team. Ein besonderer Schwerpunkt des Kongresses werden die Fortbildungsangebote für die "Kardiovaskulären Präventivmediziner DGPR[®]" sein.

Weitergehende Informationen finden Sie im Veranstaltungskalender sowie im Internet unter: www.dgpr2011.de.

Literaturempfehlungen

Hans-Wolfgang Hoefert, Martin Härter (Hg.)

Patientenorientierung im Krankenhaus

Reihe: Organisation und Medizin, Band 15
291 S., Hogrefe 2010,
ISBN 978-3-8017-2205-0, 36,95 Euro

Das Konzept der Patientenorientierung spielt für Krankenhäuser im Rahmen des Qualitätsmanagements eine zunehmend wichtigere Rolle. Das Buch bietet einen Überblick über konkrete Möglichkeiten der Patientenorientierung und behandelt die zentralen Aspekte, die zur Zufriedenheit von Patienten während eines stationären Aufenthaltes beitragen. In dem Band werden die Rahmenbedingungen erläutert, die eine Umsetzung von patientenorientierten Maßnahmen erleichtern. Dazu gehört beispielsweise die Einbindung von sozialen Diensten aus den Bereichen der Sozialarbeit, Seelsorge und Selbsthilfegruppen. Weiterhin geht das Buch darauf ein, welche Besonderheiten bei der Behandlung und Betreuung von älteren, ausländischen und demenz-



kranken Menschen und bei Kindern berücksichtigt werden sollte. An den Beispielen der Partizipativen Entscheidungsfindung und patientenorientierten Gesprächsführung wird konkret aufgezeigt, wie den Bedürfnissen von Patienten entgegengekommen und so die Behandlungsqualität erhöht werden kann.



Deutsche Rentenversicherung
Bund (Hg.)

Reha-Bericht 2010

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt jährlich mehr als 1 Mio. Rehabilitationsleistungen für ihre Versicherten und wendet dafür rund 5 Mrd. Euro auf. Diese und viele weitere Daten und Fakten zur Rehabilitation präsentiert der erstmals in dieser Form erschienene „Reha-Bericht

der sich gleichermaßen an Versicherte und Beitragszahler, an Fachöffentlichkeit und Politik wie an alle interessierten Bürgerinnen und Bürger wendet.

Der rund 90-seitige Bericht will die Bedeutung und Erfolge der Rehabilitation sowie aktuelle Entwicklungen in den Bereichen Reha-Recht, Reha-Qualitätssicherung, Sozialmedizin und Reha-Forschung aufzeigen. Der „Reha-Bericht 2010“ ist kostenlos bei der Deutschen Rentenversicherung Bund über Vordruckversand@drv-bund.de zu bestellen. Er steht auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de im Bereich „Formulare und Publikationen“ Untermenü Publikationen/ Statistiken / Statistikbrochüren als PDF zum Download zur Verfügung.



Deutsche Rentenversicherung
Bund (Hg.)

Positionspapier Rehabilitation 2010

Die medizinische und berufliche Rehabilitation ist aus dem deutschen System der sozialen Sicherheit nicht mehr wegzudenken. Ihr ist seit 2001 ein eigenes Sozialgesetzbuch gewidmet (SGB IX). Im Frühjahr 2009 ist die UN Behindertenrechtskonvention in

Deutschland in Kraft getreten – ihr Artikel 26 verlangt von den Staaten Rehabilitationsdienste und -programme, „um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie (...) die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Rentenversicherung in dieser Broschüre ihre aktuellen Positionen zur Rehabilitation zusammengestellt. Es geht darum, die medizinische und berufliche Rehabilitation zukunftsfest zu machen und darzulegen, auf welchem Wege dies in den nächsten Jahren geschehen soll. Das „Positionspapier Rehabilitation 2010“ steht im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de als PDF zum Download zur Verfügung.

Termine 2011

- 11.01.2011 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.
„Systematisierung des Zugangs zu psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Behandlung: Kann eine differentielle Indikationsstellung die psychotherapeutische Routineversorgung optimieren?“ (PD Dr. B. Watzke, Hamburg). Ort: Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Info: Dr. Sven Rabung, Tel. 040/7410-58138, Mail: srabung@uke.de. Zeit: 15:30-17.00 Uhr.
- 25.01.2011 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.
„Der Einfluss von Multimorbidität auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ (Prof. R. van den Bussche, Hamburg). Ort: Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Info: Dr. Sven Rabung, Tel. 040/7410-58138, Mail: srabung@uke.de. Zeit: 15:30-17.00 Uhr.
- 27.-28.01.2011 **Symposium des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, des Universitären Cancer Center Hamburg und der DGRW in der Reihe „Hamburger Gespräche: Entwicklungstrends in der Psychoonkologie“** in Hamburg. Thema: "Cancer Survivorship und Rehabilitation". Ort: Festsaal des Erikahauses, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Martinistraße 52, Gebäude W29). Info und Anmeldeformular unter: www.rehabilitationswissenschaften.de
- 08.02.2011 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.
„Psychosoziale Aspekte des kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings“ (Prof. Dr. S. Schmidt, Greifswald). Ort: Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Info: Dr. Sven Rabung, Tel. 040/7410-58138, Mail: srabung@uke.de. Zeit: 15:30-17.00 Uhr.
- 16.02.2011 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
„Geriatrische Versorgung im Verbund: Akutgeriatrie und Ambulante Geriatrich-Rehabilitative Versorgung (AGRV) in Schleswig-Holstein“ (Dr. M. Willkomm, Lübeck). Info: Claudia Kapahnke (Deutsche Rentenversicherung Nord, Reha-Strategie), Tel. 0451/485-1641, Mail: claudia.kapahnke@drv-nord.de. Ort: DRV Nord, Ziegelstr. 150. Zeit: 16.15-17.45 Uhr.
- 18.-19.02.2011 **Symposium Reha 2020** in Freiburg.
„Neue Vergütungssysteme in der Rehabilitation?“. Ort: Hörsaal Frauenklinik, Universitätsklinikum Freiburg, Hugstetterstr. 55. Info und Anmeldung unter: www.fr.reha-verbund.de
- 24.02.2011 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.
„Fachübergreifende Frührehabilitation“ (Dr. M. Vogel, Bad Malente). Ort: Institutsbibliothek des Instituts für Sozialmedizin (I. OG, R. 512), Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160 (Haus 50). Zeit: 16:15-17:45 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/500-5847, Mail: ruth.deck@uk-sh.de.
- 14.-16.03.2011 **20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium** in Bochum.
„Nachhaltigkeit durch Vernetzung“. Ort: Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstraße 150. Info: Deutsche Rentenversicherung Bund, E-Mail: kolloquium@drv-bund.de, Internet: www.deutscherentenversicherung.de/rehakolloquium.
- 24.-26.03.2011 **12. Jahrestagung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) e.V.** in Berlin. „EbM & Individualisierte Medizin“. Ort: Technischen Universität Berlin, Hauptgebäude (Straße des 17. Juni 135). Infos unter: <http://ebm-kongress.de/>
- Frühjahr 2011 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern.**
Termin 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: joern.moock@uni-greifswald.de.
- 05.-07.05.2011 **3. Rehakongress der RehaZentren Baden-Württemberg** in Baden-Baden.
„Schwerpunkt 2011: Chronische Krankheiten des Bewegungssystems – Lebensqualität nachhaltig bessern durch Rehabilitation“. Ort: Kongresshaus Baden-Baden, Augustaplatz 10, 76530 Baden-Baden. Info im Internet unter: www.rehakongress.de.
- 11.-13.05.2011 **Hauptstadtkongress 2011** in Berlin.
„Medizin und Gesundheit“. Ort: Internationales Congress Centrum (ICC) Berlin (Messedamm 22, 14055 Berlin). Info: www.hauptstadtkongress.de/.

Termine 2011(Forts.)

- 18.05.2011 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
Thema stand zu Redaktionsschluss noch nicht fest. Info: Claudia Kapahnke (Deutsche Rentenversicherung Nord, Reha-Strategie), Tel. 0451/485-1641, Mail: claudia.kapahnke@drv-nord.de. Ort: DRV Nord, Ziegelstr. 150. Zeit: 16.15-17.45 Uhr.
- 26.05.2011 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.
„Erfolg der Reha bei Rückenschmerzen“ (Dr. I. Schäfer, Hamburg). Ort: Institutsbibliothek des Instituts für Sozialmedizin (I. OG, R. 512), Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160 (Haus 50). Zeit: 16:15-17:45 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/500-5847, Mail: ruth.deck@uk-sh.de.
- 03.-04.06.2011 **38. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V. (DGPR)** in Berlin.
„Prävention vor Rehabilitation - Konkurrenz oder Kontinuität in Hinblick aus Lebensstil und Pharmakotherapie“. Ort: Hilton Hotel Berlin (Mohrenstraße 30, 10117 Berlin). Info: www.dgpr2011.de
- Sommer 2011 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern.**
Termin 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: joern.moock@uni-greifswald.de.
- 25.08.2011 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.
„Sozialarbeit in der Rehabilitation“ (K.-H. Köpke, Hamburg). Ort: Institutsbibliothek des Instituts für Sozialmedizin (I. OG, R. 512), Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160 (Haus 50). Zeit: 16:15-17:45 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/500-5847, Mail: ruth.deck@uk-sh.de.
- 31.08.2011 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
Thema stand zu Redaktionsschluss noch nicht fest. Info: Claudia Kapahnke (Deutsche Rentenversicherung Nord, Reha-Strategie), Tel. 0451/485-1641, Mail: claudia.kapahnke@drv-nord.de. Ort: DRV Nord, Ziegelstr. 150. Zeit: 16.15-17.45 Uhr.
- 15.-17.09.2011 **Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie** in Rostock.
Infos demnächst unter: www.dgmp-online.de.
- September 2011 **5. Summerschool der AG Methoden der DGRW in Kooperation mit dem vffr** in Hamburg. Genauer Termin und Thema standen zu Redaktionsschluss noch nicht fest. Ort: Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Infolyer demnächst unter: www.dgrw-online.de.
- Herbst 2011 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern.**
Termin 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: joern.moock@uni-greifswald.de.
- 20.-22.10.2011 **10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung** in Köln.
Informationen zum Kongress finden Sie in Kürze unter www.dkvf2011.de.
- 16.11.2011 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.
Thema stand zu Redaktionsschluss noch nicht fest. Info: Claudia Kapahnke (Deutsche Rentenversicherung Nord, Reha-Strategie), Tel. 0451/485-1641, Mail: claudia.kapahnke@drv-nord.de. Ort: DRV Nord, Ziegelstr. 150. Zeit: 16.15-17.45 Uhr.
- 24.11.2011 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.
„Adipositas und Reha-Nachsorge“ (D. Laniewicz, Bad Malente). Ort: Institutsbibliothek des Instituts für Sozialmedizin (I. OG, R. 512), Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160 (Haus 50). Zeit: 16:15-17:45 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/500-5847, Mail: ruth.deck@uk-sh.de.
- Winter 2011 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern.**
Termin und Veranstaltungsort standen zu Redaktionsschluss noch nicht fest. Infos demnächst unter: www.community-medicine.de oder www.reha-vffr.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 2011.

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)