

## Die Inhalte:

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

## In dieser Ausgabe:

vffr-news, die achte	1
Neues aus dem vffr	2
Früherkennung von Rehabedarf	10
BauföG: Bau fördert Gesundheit	12
Gesundheitsmetropole Hamburg	15
Veranstaltungen, Neuerscheinungen & mehr	19
Impressum	24

## "vffr-news" - gibt Acht...

Liebe Leserinnen und Leser,

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

Wie gewohnt beginnen wir mit Informationen aus dem *vffr*, wo wir Ihnen - neben einem kurzen Rückblick auf 2010 und einem Ausblick auf 2011 - insbesondere die im vergangenen Jahr abgeschlossenen *vffr*-geförderten Forschungsprojekte vorstellen wollen.

In einem Beitrag aus der Deutschen Rentenversicherung Nord berichtet Dr. Nathalie Glaser-Möller dann über ein aktuelles Modellvorhaben in Kooperation mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte, das eine stärkere Einbindung von Betriebs- und Werksärzten in den Rehabilitationsprozess vorsieht. Ziel dieser Kooperation ist es, den

Rehabilitationsbedarf von Beschäftigten frühzeitig zu erkennen und durch geeignete Rehabilitationsleistungen eine rasche Rückkehr an den Arbeitsplatz zu ermöglichen.

Eine ähnliche Zielsetzung verfolgt das von Jutta Hansen und Dr. Gerhard Berger vorgestellte Projekt *BauföG (Bau fördert Gesundheit)*. Durch Primär- und Sekundärprävention von kardiovaskulären und Stoffwechselerkrankungen in Klein- und Mittelbetrieben der Bauwirtschaft soll hier die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit gestärkt werden.

In der Rubrik „Neues aus der Forschungspraxis“ stellt sich der transsektorale Forschungsverbund *Psychnet – Hamburger Netz psychische Gesundheit* vor, der mit seinem Konzept 2010 den Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) gewonnen hat. Ziel des in der Gesundheitsregion Hamburg entstehenden Netzwerkes ist es, psychische Gesundheit zu fördern und psychische Erkrankungen früh zu erkennen und nachhaltig zu behandeln.

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

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

Da ich selbst während der Vorbereitung des vorliegenden Newsletters Vater geworden bin, ab August für ein Jahr in Elternzeit gehen werde und mich danach beruflich neu ausrichten möchte, bleibt mir an dieser Stelle nur noch, mich von Ihnen zu verabschieden und Ihnen für Ihr Interesse und die zahlreichen positiven Rückmeldungen zu danken.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Sommer 2011 und eine weiterhin spannende Zukunft mit dem *vffr*!

Dr. Sven Rabung  
Redaktion *vffr-news*



## Neues aus dem vffr

Im Zuge der zurückliegenden Vorstandssitzung und Mitgliederversammlung des vffr am 29. März 2011 in Lübeck konnte wieder ein positives Fazit zum Vorjahr gezogen werden. Im Lauf des vergangenen Jahres konnten sieben vom vffr geförderte Forschungsprojekte abgeschlossen werden (siehe unten) und fünf neu beantragte Projekte bewilligt werden. Darüber hinaus wurde für mehrere Antragsskizzen nach Beratung durch den Vorstand die Ausarbeitung von Vollerträgen empfohlen, welche zwischenzeitlich teilweise positiv beschieden werden konnten. Wie in jedem Jahr mussten allerdings auch einige Anträge abgelehnt werden, wobei zum Teil die Möglichkeit einer Neueinreichung nach Überarbeitung in Aussicht gestellt werden konnte.

Auch für den weiteren Verlauf des Jahres 2011 hoffen wir auf einen regen Eingang von Forschungsanträgen und möchten Sie auf diesem Wege dazu ermutigen, Ihre Forschungs-ideen mit uns zu diskutieren und ggf. einen Antrag auf Förderung einzureichen. Bitte setzen Sie sich hierzu rechtzeitig vor der Einreichung eines Antrags bzw. einer Antrags-skizze, die spätestens einen Monat vor der jeweils folgenden Vorstandssitzung beim vffr eingereicht werden sollte, mit dem wissenschaftlichen Sekretariat bzw. dem zuständigen regionalen Methodenzentrum in Verbindung, um Ihre Projektidee mit uns abzustimmen (Kontaktinformationen finden Sie auf der letzten Seite dieses Newsletters). Die beiden nächsten Vorstandssitzungen sind für den 16. August und 8. November 2011 geplant.

Als Nachfolger für die (vorübergehend) ausgeschiedenen Vorstandsmitglieder Herrn Thiele, Herrn Dr. Lepthin und Herrn Prof. Mühlbacher, denen an dieser Stelle herzlich für Ihre Vorstandsarbeit gedankt sei, wurden Frau Dr. Künzler (Vorsitzende der Geschäftsführung der DRV Nord), Herr Prof. Hohberg (Ärztlicher Direktor der Mühlberg-Klinik in Bad Malente) und Herr Prof. Kohlmann (Leiter der Abteilung Methoden der Community Medicine an der Universität Greifswald) gewählt.

Wie zuletzt im Jahre 2009 wird im Herbst dieses Jahres wieder ein vffr-Symposium stattfinden: Am 14. November 2011 wird es in Greifswald um das Thema „Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen“ gehen.

## Vorstellung abgeschlossener vffr-geförderter Projekte

Wie gewohnt möchten wir Ihnen an dieser Stelle einen Einblick in die Vielfalt der Rehabilitationsforschungsprojekte vermitteln, die vom vffr unterstützt wurden. Hierzu

werden im Folgenden sieben Projekte zusammenfassend vorgestellt, die durch den vffr gefördert wurden und im Lauf des vergangenen Jahres abgeschlossen werden konnten.

Bei Interesse können Sie die vollständigen Abschlussberichte zu diesen Projekten auf der Homepage des vffr ([www.reha-vffr.de](http://www.reha-vffr.de)) unter der Rubrik „geförderte Projekte“ abrufen.

## Präferenzen übergewichtiger und adipöser Patienten zur dauerhaften Gewichtsreduktion in der Rehabilitation

Projektleiter	A.C. Mühlbacher, S. Bethge
Einrichtung	Institut für Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement, Hochschule Neubrandenburg
Projektnr.	110
Hintergrund	Adipositas entsteht aus einer Wechselwirkung von Veranlagung und Umwelteinflüssen und steht in Zusammenhang mit einer Reihe verschiedener weiterer Erkrankungen. Falsche Ernährung, ein Mangel an Bewegung, psychische Faktoren und Begleiterkrankungen verkürzen die Lebenserwartung und beeinflussen die Lebensqualität in negativer Weise. Bisherige Ansätze der Adipositasprävention und -therapie waren nur mäßig erfolgreich. Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas sehen im Empowerment und in einer Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten wesentliche Ansatzpunkte für eine langfristige Gewichtsreduktion.
Zielsetzung/ Fragestellung	Erfolgreiche Therapiekonzepte sollten sich an den Patientenpräferenzen orientieren, weshalb der Schwerpunkt der Studie auf der Messung von Präferenzen übergewichtiger und adipöser Patienten in der Rehabilitation lag. Es wurden Merkmale untersucht, die den Nutzen, die Motivation und die Zufriedenheit aus der Perspektive der Patienten beschreiben. Diese Informationen sind essentiell, um die Therapieangebote in der Rehabilitation an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten zu können.



(Fortsetzung - Projekt 110)

Anhand von Literaturanalysen, qualitativen und quantitativen Methoden wurde in einem ersten Schritt untersucht, welche Eigenschaften die Bedürfnisse aus der Perspektive der Patienten abbilden. Anschließend wurden die Präferenzen der übergewichtigen Rehabilitanden mit Hilfe eines Discrete-Choice-Experiments identifiziert und gewichtet. Mit einem Repertory-Grid-Verfahren wurden die aus dem Discrete-Choice-Experiment evaluierten und präferierten Bewertungsdimensionen für eine dauerhafte Gewichtsreduktion überprüft. Schließlich sollte mit Hilfe von Faktorenanalyse, Discrete-Choice-Experiment und Repertory-Grid-Verfahren das Verständnis für die Bedürfnisse, Erwartungen und Präferenzen der übergewichtigen und adipösen Rehabilitanden vertieft werden.

Methodik

Im Rahmen der qualitativen Untersuchung konnte ein Itempool von 64 Merkmalen, die übergewichtige und adipöse Patienten als bedeutsam für ihre Therapie erachten, identifiziert und strukturiert werden. Die Merkmale bezogen sich auf Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmale einer Adipositastherapie, auf Nebenwirkungen der Therapie und auf Risikofaktoren.

Ergebnisse

Die Faktorenanalyse ergab acht relevante Faktoren (Scree-Plot): Wissen, Angebotsvielfalt, zwischenmenschliche Betreuung, individuelle Therapieplanung, Infrastrukturqualität, koordinierte Versorgung, soziale Interaktion und fachspezifische Kompetenzen.

Die Discrete-Choice-Analyse ergab, dass unter den Angebots- und Therapiemerkmalen von Seiten der Rehabilitanden der Koordination der Therapie, der individuellen Therapieplanung und den zwischenmenschlichen Beziehungen die höchste Bedeutung beigemessen wird. Aspekte der Infrastruktur traten vergleichsweise in den Hintergrund.

Diskussion

Nur eine dauerhafte Verhaltensmodifikation kann dauerhafte Erfolge erzielen. Bei der Therapie der Adipositas sind persönliche Präferenzen und wahrgenommener Nutzen von besonderer Bedeutung. In der vorliegenden Studie scheinen die kontinuierliche Betreuung, die Koordination der individuellen Therapieplanung und die zwischenmenschliche Beziehung einen besonderen Stellenwert für die Lebensqualität der Rehabilitanden zu haben.

Therapiekonzepte und Behandlungsabläufe sollten langfristig den Patientennutzen maximieren. Die vorliegenden Ergebnisse dienen als Pretest für eine systematische Dokumentation der Patientenpräferenzen von Rehabilitanden im Kontext von Gewichtsreduktionsprogrammen.

Fazit für die Praxis

### **Implementierung und Evaluation eines internetbasierten Programms zur Förderung der Rauchabstinenz bei Patienten während und nach stationärer Rehabilitation**

S. Haug, U. John

Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Greifswald

114

MediClin Dünwaldklinik Insel Usedom; Rehabilitationsklinik Göhren; Klinik Ostseeblick Ückeritz

Projektleiter

Einrichtung

Projektnr.

Beteiligte Einrichtungen/  
Kooperationen

Hintergrund

Tabakentwöhnungsinterventionen können das Sterberisiko bei Lungenkrebs, Atemwegs- oder Herz-Kreislaufkrankungen verringern und sind daher in Rehabilitationskliniken ein wichtiger Therapiebaustein zur Förderung der Genesung. Die bislang knappe wissenschaftliche Evidenz zu Tabakentwöhnungsangeboten in Rehabilitationskliniken zeigt allerdings, dass nur ein geringer Anteil der Teilnehmer nach der stationären Rehabilitation rauchabstinenz ist und die Aufrechterhaltung längerfristiger Abstinenz selten gelingt. Für Raucher ohne aktuellen Wunsch mit dem Rauchen aufzuhören eignen sich niedrigschwellige Angebote, wie Kurz- oder Minimalinterventionen zur Tabakentwöhnung. Besonders aussichtsreich sind dabei Interventionen, welche die individuellen Unterschiede in der Motivation zur Verhaltensänderung berücksichtigen.

Basierend auf dem Mangel an niedrigschwelligen Angeboten zur Förderung der Rauchabstinenz in Rehabilitationskliniken, die auch Raucher mit geringer Abstinenzmotivation adressieren, und basierend auf dem Mangel an Angeboten zur Förderung der Rauchabstinenz über den Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik hinaus wurde das internetbasierte Programm *rauchberatung.de* entwickelt. Das Programm wurde in mehreren Rehabilitationskliniken implementiert und innerhalb einer quasi-randomisierten, kontrollierten Studie hinsichtlich seiner Wirksamkeit überprüft.

Zielsetzung/  
Fragestellung



(Fortsetzung - Projekt 114)

Methodik	Rauchberatung.de ist ein internetbasiertes Programm, das ausschließlich durch registrierte Patienten teilnehmender Rehabilitationskliniken genutzt werden konnte. Nach Eingabe eines persönlichen Benutzernamens und Passworts konnten Patienten rauchberatung.de für einen Zeitraum von sechs Monaten nutzen. Das Programm bestand aus drei sich ergänzenden Modulen: Individuelle Beratung durch ein Expertensystem, Informationsseiten, Internet-Forum. Eine Bewertung der Wirksamkeit des Programms erfolgte primär über die 7-Tages-Punktprävalenz-Rauchabstinenzrate bei der Nachbefragung. Sekundäre Zielkriterien bildeten die 4-Wochen-Punktprävalenz-Rauchabstinenz sowie die Selbstwirksamkeit auf das Rauchen verzichten zu können.
Ergebnisse	Die Studie umfasste insgesamt 477 Studienteilnehmer, 242 wurden der Interventionsgruppe (IG) und 235 der Kontrollgruppe (KG) zugeteilt. Eine Nachbefragung konnte bei 214 (88,4%) der 242 Teilnehmer der IG und bei 217 (92,3%) der 235 Teilnehmer der KG realisiert werden. 7-Tages-Punktprävalenz-Rauchabstinenz: Zum Zeitpunkt der Nachbefragung nach 6 Monaten waren in der KG 11,1% für mindestens 7 Tage rauchabstinent, in der IG 23,6%. 4-Wochen-Punktprävalenz-Rauchabstinenz: In der KG waren zum Zeitpunkt der Nachbefragung 11,1% für mindestens 4 Wochen rauchabstinent, in der IG 22,7%. Die mittlere Selbstwirksamkeit auf Zigaretten verzichten zu können, gemessen mit einer fünfstufigen Skala, erhöhte sich im Laufe der Studie in der KG von 2,8 auf 2,9, in der IG von 3,0 auf 3,1.
Diskussion	Drei wesentliche Ergebnisse des Projekts sind hervorzuheben: (1) Das Angebot rauchberatung.de hat einen breiten Kreis von Teilnehmern erreicht, der deutlich über die Teilnehmerraten an Rauchentwöhnungskursen hinausgeht. (2) Das Programm wurde auch in der Zeit nach dem stationären Aufenthalt genutzt. (3) Das Programm erwies sich aufgrund der Kontrollgruppenstudie als wirksam.
Fazit für die Praxis	Der Ansatz von rauchberatung.de, der eine proaktive Teilnehmerrekrutierung mit der Einladung zu einem niedrighschwelligem Programm kombiniert, bietet eine kostengünstige und effektive Möglichkeit, um bei Patienten in und nach stationärer Rehabilitation die Rauchabstinenz zu fördern. Das Programm eignet sich auch als Ergänzung zu den klassischen Tabakentwöhnungsangeboten in Rehabilitationskliniken zur Rückfallprophylaxe und als niedrighschwelliges Angebot für Patienten, die noch nicht ausreichend motiviert sind, an einer Tabakentwöhnungsgruppe teilzunehmen.

---

### **Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Menschen vor, während und nach Majoramputation (Phase 1)**

---

Projektleiter	U. Gaidys, U. Michaelis
Einrichtung	Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Department Pflege und Management , Hamburg
Projektnr.	116
Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationen	Asklepios Westklinikum, Hamburg; Asklepios Klinikum St. Georg, Hamburg; Mühlbergklinik, Bad Malente; Orthopädietechnik Carepoint, Hamburg; Thormann Orthopädietechnik, Heide; Ampu Vita e.V., Hamburg; DRV Nord, Lübeck
Hintergrund	Für Menschen mit bevorstehender oder erfolgter Amputation können im gesamten Prozess sowohl der medizinischen Behandlung und Versorgung als auch der gesellschaftlichen und beruflichen Wiedereingliederung Probleme entstehen. Die Faktoren, die Betroffene als bedeutsam für ihren Rehabilitationsverlauf und für ihr Rehabilitationsergebnis ansehen sind bisher nicht systematisch erforscht.
Zielsetzung/ Fragestellung	Das Ziel der Studie ist die Entwicklung eines Rehabilitationskonzeptes für Menschen mit Majoramputationen, das auf den Bedürfnissen und Bedarfen der Betroffenen basiert und von Experten in einer Konsensuskonferenz diskutiert und konsentiert wurde. Da es zu der zu untersuchenden Fragestellung bisher kaum Erkenntnisse gibt, werden in diesem Forschungsprojekt keine Hypothesen überprüft. Vielmehr ist das Studiendesign Hypothesen generierend. Diese können in aufbauenden Projekten überprüft werden.
Methodik	Die Studie befasst sich mit einer bisher kaum erforschten Thematik und wurde daher als hypothesengenerierende Studie mit qualitativer Forschungsmethodik geplant und durchgeführt. Die Studie wurde mit nur einer Erhebungsphase geplant, es konnten 28 Interviewpartner gewonnen werden.



(Fortsetzung - Projekt 116)

Die Datenerhebung fand in Form von Interviews statt. Sie wurden digital aufgezeichnet und zur weiteren Analyse transkribiert.

Forts.  
Methodik

Ergebnis der Analyse sind sogenannte Hauptcodes. Dabei handelt es sich um Wortgruppen, die den Sinn der Formulierungen der StudienteilnehmerInnen repräsentieren. Folgende Hauptcodes wurden identifiziert: selbständig leben wollen, brauche Mobilität, zu wenig Gehschule, Grenzen erfahren, Alleingelassensein, fehlender Ansprechpartner, fehlende Informationen, Familie als Ressource. Auf Basis der Erkenntnisse aus den Interviews konnten die Defizite in der derzeitigen Versorgung und die Bedürfnisse der Betroffenen beschrieben werden. Das angestrebte Produkt der Studie sollte ein neues Rehabilitationskonzept sein. Dazu wurden aus den Ergebnissen der Interviewanalyse Ziele und Maßnahmen eines solchen Konzeptes erarbeitet und einer Expertenkommission in einer Konsensuskonferenz vorgestellt, diskutiert, bearbeitet und verabschiedet. Damit wurden evidente Kenntnisse über die Bedürfnisse der Betroffenen von Experten diskutiert und Schlussfolgerungen gezogen.

Ergebnisse

Die Interviews zeigten den Handlungsbedarf hinsichtlich einer Verbesserung der Versorgung. In der Studie wurden Menschen befragt, deren Amputation mehrheitlich 1-3 Jahre zurück lag. Dieses Sample lässt zusammen mit den Ergebnissen die Hypothese zu, dass die TeilnehmerInnen sich auch nach 1-3 Jahren noch nicht rehabilitiert sehen, also auch nach der regulären rehabilitativen Versorgung in den ersten Monaten nach der Amputation weitere Unterstützung brauchen.

Diskussion

Die Studie konnte den Handlungsbedarf aufzeigen, Rehabilitationskonzepte an den Bedürfnissen der Betroffenen zu orientieren. Dabei wurden Defizite in der bisherigen Versorgung und die Bedürfnisse der Betroffenen identifiziert und in einem Versorgungskonzept operationalisiert. Es gilt nun, die getroffenen Aussagen und Hypothesen in einem nächsten Schritt auch quantifizierbar und gruppenspezifisch zu untersuchen.

Fazit für die  
Praxis

---

### **Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation. Eine Bestandsaufnahme und Prüfung von Optimierungs-/ Entlastungsmöglichkeiten**

---

J. Höder, R. Deck

Projektleiter

Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck

Einrichtung

118

Projektnr.

Klinikum Bad Bramstedt; Mühlenbergklinik, Bad Malente; Reha-Zentrum Gyhum; Diana-Klinik, Bad Bevensen; Asklepios Klinik Bad Schwartau; Kompass Klinik, Kiel, Reha-Klinik Damp; Rheuma-Klinik Bad Eilsen

Beteiligte  
Einrichtungen/  
Kooperationen

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2007 auf die „nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung“ hingewiesen und fordert den „verstärkten Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben“. Es stellt sich die Frage, was die Anregungen des Sachverständigenrats sowie die anscheinend positiven ersten Erfahrungen aus dem Akutbereich für die Rehabilitation bedeuten könnten und wie Rollendefinitionen und Aufgabenverteilungen in der Reha-Klinik sich auf Effektivität und Effizienz auswirken könnten.

Hintergrund

In der medizinischen Rehabilitation sind die Aufgaben mehr nach traditionellen als nach rationalen, bedarfsgerechten und berufsgruppenspezifischen Gesichtspunkten auf die verschiedenen Teammitglieder verteilt. Es stellt sich die Frage, ob durch andere Rollenverteilungen vielleicht bessere Ergebnisse – möglicherweise sogar bei geringeren Kosten – erzielt werden könnten.

Zielsetzung/  
Fragestellung

Die genannte Fragestellung wurde in einer multizentrischen, explorativen Feldstudie untersucht. Auf der Grundlage von Interviews, einschlägigen Studien, Stellungnahmen von Berufsverbänden und eigenen Erfahrungen wurden 15 Vorschläge für eine Aufgabenneuverteilung entwickelt und Klinikern, Rehabilitanden und führenden Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Klinik, Fachverbänden und Rentenversicherung zur Beurteilung vorgelegt.

Methodik



(Fortsetzung - Projekt 118)

Ergebnisse

Überwiegend positiv wurden die Vorschläge für die Bewegungstherapeuten beurteilt, denen mehr Selbständigkeit beim Assessment der Leistungsfähigkeit sowie der Therapieverordnung und -durchführung zugetraut wurde. Ihnen mehr Gewicht bei der Erstellung des Leistungsbildes zu geben, wurde von einem Teil der Ärzte abgelehnt. Auch bei Vorschlägen zur Erweiterung der Psychologentätigkeit überwog die positive Bewertung. Der Arzt wäre vor allem zuständig für Fragen der Diagnostik und der medikamentösen Therapie, sowie für eine Integration und Plausibilitätsprüfung aller ihm zugeliferten Informationen. Die Zustimmung der Ärzte zu allen diesen Vorschlägen überwog, variierte allerdings stark. Sie war höher, wenn es eher um einfachere, delegierbare Tätigkeiten ging, und geringer, wenn das Abgeben von Verantwortung vorgeschlagen wurde.

Von den Rehabilitanden wurde der Einsatz einer Reha-Assistentin einhellig begrüßt. Dass ein Physiotherapeut oder Diplomsportlehrer zu Beginn und Ende der Reha Assessments der Leistungsfähigkeit durchführt, die Art und Intensität der Bewegungstherapie selbständig steuert, das Entspannungstraining anstelle des Psychologen durchführt und sich bei der Erstellung des sozialmedizinischen Leistungsbildes beteiligt, fand die Billigung von zwei Dritteln der Befragten. Zwei Drittel begrüßten die Idee, dass Psychologen die subjektive Sicht des Rehabilitanden auf seine Krankheit und ihre Folgen, auf den erlebten Reha-Erfolg u.a. erheben. Dasselbe traf zu für die Möglichkeit, bei psychischen Schwierigkeiten Hilfe bei einer Pflegekraft zu suchen. Der Vergleich der Rehabilitandenurteile mit denen der Mitarbeiter zeigte tendenziell viele Übereinstimmungen. Wo es Unterschiede gab, waren die Mitarbeiter skeptischer als die Rehabilitanden.

Diskussion

Auch wenn viele Überlegungen und manche Befunde dafür sprechen: Ob eine Neuverteilung der Aufgaben in der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen wirklich zu besseren gesundheitsbezogenen Ergebnissen, zu mehr Zufriedenheit auf Seiten der Mitarbeiter und Rehabilitanden oder gar zu ökonomisch interessanten Effekten führen würde, können wir nicht wissen. Wir haben aber genügend gute Gründe dafür, jetzt praktische Versuche zu starten. Diese sollten wohlüberlegt, sorgfältig vorbereitet und vor allem wissenschaftlich begleitet sein, damit die nicht selten emotional geführte Diskussion zu mehr Sachlichkeit findet und unsere Meinungen sich auf Fakten berufen können.

Fazit für die Praxis

Die rehabilitationswissenschaftliche Forschung der letzten Jahre hat den klinikinternen Strukturen relativ wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Es sollte in Zukunft verstärkt untersucht werden, welche der o.g. Anregungen des Sachverständigenrats für die Reha-Klinik genutzt werden könnten.

---

### **Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) in Klein- und Mittelbetrieben, insbesondere des Handwerks - Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen ihrer erfolgreichen Umsetzung**

---

Projektleiter

F. Welti

Einrichtung

Universität Kassel

Projektnr.

119

Hintergrund

Die gesetzlichen Regelungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement und seiner Unterstützung durch die Rehabilitationsträger sind bislang in der Praxis weder durch die Mehrzahl der Betriebe noch durch die meisten Rehabilitationsträger angemessen umgesetzt worden. Die Bundesregierung hat in ihrem Bericht über die Wirkung der Instrumente zur Sicherung von Beschäftigung und zur betrieblichen Prävention 2007 festgestellt, dass in weiten Bereichen und gerade bei vielen kleinen und mittleren Unternehmen das Wissen um betriebliches Eingliederungsmanagement gering oder die Skepsis über den Erfolg und die Sorge um kurzfristig höhere Kosten sehr verbreitet ist.

Zielsetzung/  
Fragestellung

Gegenstand dieser Studie sind die Anforderungen, die sich aus § 84 SGB IX durch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) an Betriebe, Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation sowie an Sozialleistungsträger ergeben. Es werden die Voraussetzungen für eine effektive Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements bei kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) untersucht und zusammengefasst. Der Fokus richtet sich im Besonderen auf Klein- und Mittelbetriebe des Handwerks, da hier das Betriebliche Eingliederungsmanagement bisher kaum bekannt und operationalisiert ist.





(Fortsetzung - Projekt 119)

Der vorliegenden Studie liegen Methoden der empirischen qualitativen Sozialforschung zugrunde. Es wurden ausgewählte leitfadengestützte Experteninterviews (N=38) durchgeführt und ausgewertet. Ferner wurden rechtswissenschaftliche, ökonomische und sozialwissenschaftliche Recherchen durchgeführt.

Methodik

Anhand der Literatur sowie der aktuellen Rechtsprechung und mit Hilfe der qualitativen Experteninterviews wurden der rechtliche Geltungsbereich, Besonderheiten, faktische Voraussetzungen und Schwierigkeiten und die Interessen der verschiedenen Akteure im BEM analysiert. Aus zahlreichen Einzelbefunden lassen sich Handlungsempfehlungen für den Bundesgesetzgeber (z.B. ob die Pflichten der Rehabilitationsträger zur Kooperation bei der Unterstützung des BEM durch gemeinsame Servicestellen verstärkt werden können), für die Landesregierungen und Landesgesetzgeber (z.B. ob die Unterstützung der Betriebe durch gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger durch Landesgesetz, aufsichtsbehördliche Maßnahmen und Förderung des Landes, insbesondere über die Integrationsämter, verbessert werden kann), für die Rehabilitationsträger (z.B. wie im Rahmen der Prüfung des Vorrangs von Rehabilitation nach § 8 SGB IX regelmäßig BEM angeregt werden kann), für die Kammern, Unternehmensverbände und Gewerkschaften (wie sie als überbetriebliche Akteure des Wirtschaftslebens auf regionaler Ebene möglichst gemeinsam und in Kooperation mit den Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern Netzwerke zur überbetrieblichen Zusammenarbeit beim BEM bilden könnten, die auch einen gemeinsamen Arbeitsmarkt für Wiedereingliederung in anderen Betrieben herstellen) und für die Arbeitgeber in den kleinen und mittleren Betrieben (ob sie auch zur Förderung des BEM die Bildung und Arbeit von Betriebsräten und Schwerbehindertenvertretungen unterstützen und mit diesen gemeinsam betriebliche Strategien zum BEM und betrieblichen Gesundheitsmanagement entwickeln) ableiten.

Ergebnisse

Auch kleinste, kleine und mittlere Betriebe und Unternehmen sind zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX verpflichtet. Eine niedrige Beschäftigtenzahl bewirkt hier, dass bei allen Akteuren wenig oder kein Erfahrungswissen im Umgang mit Langzeitkrankheiten besteht. Auch wenn eine betriebliche Interessenvertretung besteht, hat sie in kleinen und mittleren Betrieben oft nicht die Ressourcen, die erforderlich sind, um ein BEM anzuregen oder an einem BEM mitzuwirken.

Diskussion

Kleine und mittlere Betriebe sind besonders auf Unterstützung bei Einführung und Durchführung des BEM angewiesen. Sie brauchen fachliche Beratung in Bezug auf arbeits- und sozialmedizinische Fragen und Fallmanagement zur Vermittlung geeigneter Leistungen zur Teilhabe. Um den Zugang zu diesen Leistungen zu finden, benötigen sie bekannte, einheitliche und vertraute Ansprechpartner.

Fazit für die Praxis

## Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts des SGB IX, § 9 für die medizinische Rehabilitation – eine empirische Analyse

T. Meyer<sup>1</sup>, N. Pohontsch<sup>1</sup>, F. Welti<sup>2</sup>, H. Raspe<sup>1</sup>

Projektleiter

<sup>1</sup>Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck; <sup>2</sup>Universität Kassel

Einrichtung

128

Projektnr.

DRV Nord, Lübeck; IKK Nord, Lübeck

Beteiligte  
Einrichtungen/  
Kooperationen

§9 SGB IX räumt behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ein Wunsch- und Wahlrecht in Bezug auf alle Fragen ein, die zur Konkretisierung rehabilitativer Leistungen von Bedeutung sind. Empirische Daten zur Bedeutung des Wunsch- und Wahlrecht aus der Betroffenenpersicht sind kaum verfügbar.

Hintergrund

Das Ziel des Projekts bestand darin zu explorieren, wie die gegenwärtige Beratungspraxis und der Umgang mit dem Wunsch- und Wahlrecht der Rehabilitanden gestaltet werden, welche Kriterien bei der Auswahl einer Institution aus Sicht der Rehabilitanden wichtig sind und wie diese Auswahl durch Hintergrundwissen und Informationen der relevanten beratenden Institutionen vermittelt wird.

Zielsetzung/  
Fragestellung



(Fortsetzung - Projekt 128)

Methodik	Das Projekt unterteilt sich in eine qualitative und eine quantitative Projektphase. In der qualitativen Projektphase wurden zum einen Experteninterviews mit Mitarbeitern der Leistungsträger und leistungsträgerunabhängigen Beratungsstellen bzw. Beratern und zum anderen Fokusgruppen mit Rehabilitanden durchgeführt. Im quantitativen Studienteil wurde auf der Grundlage der Ergebnisse der qualitativen Projektphase ein Fragebogen entwickelt, der in einem Survey an 2000 Rehabilitationsantragsteller aller Indikationen versandt wurde.
Ergebnisse	Während ein wichtiger Eindruck aus den Fokusgruppen darin besteht, dass viele Befragte über ihr Mitspracherecht bei der Auswahl der Kliniken nicht informiert waren, gab etwa die Hälfte der Befragten in der schriftlichen Befragung an, das Wunsch- und Wahlrecht zu kennen. Etwa die Hälfte derjenigen, die einen konkreten Wunsch hatten, hat diesen dem Leistungsträger auch mitgeteilt. Geäußerte Wünsche wurden dann auch meistens ganz oder teilweise erfüllt. Dazu müssten die Rehabilitanden allerdings von ihrem Recht wissen und ermutigt werden, sich einzubringen und dieses auch zu nutzen. Problematisch im Bereich des Heilverfahrens scheint dabei der deutlich geringere Anteil von Rehabilitanden zu sein, die angeben, vom Wunsch- und Wahlrecht gewusst zu haben. Die abhängigen Beratungsinstitutionen, d.h. die der Kosten- bzw. Leistungsträger wiesen die Rehaantragsteller in der Regel nicht auf ihr Wunsch- und Wahlrecht hin. In diesem Punkt erweist sich die unabhängige Beratung als deutlich informativer. Aber auch im Bereich der Anschlussrehabilitation offenbaren sich deutliche Defizite. Viele Patienten werden über die Sozialdienste der Krankenhäuser informiert. Aus den Fokusgruppen wissen wir aber, dass diesen Patienten zwar verschiedene Kliniken zur Auswahl gestellt wurden, aber die Informationsmöglichkeiten über diese Kliniken innerhalb der Akut-Kliniken sehr beschränkt waren. Zudem sind die Betroffenen häufig nicht in die gewünschte Klinik gekommen. Es ist davon auszugehen, dass organisatorische Zwänge die eigentliche Klinikwahl dominieren. Es ist zu vermuten, dass die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts unter diesen Rahmenbedingungen nicht in angemessenem Umfang möglich ist.
Diskussion	Das SGB IX ist inzwischen zehn Jahre alt. Es hat der Rehabilitation einen klaren Auftrag erteilt: die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe. Das Wunsch- und Wahlrecht ist ein Ausdruck dieser Selbstbestimmung. Die generell von Rehabilitanden einzufordernde aktive Rolle im Rehabilitationsprozess sollte auch, aber nicht nur, bei der Einrichtungswahl innerhalb des für die Kosten- und Leistungsträger verbindlichen Rahmens gefordert und gefördert werden. Das Wunsch- und Wahlrecht sollte obligatorischer und kein fakultativer Bestandteil aller Beratungsgespräche sein. Allerdings sollte dazu auch die Frage geklärt sein, welche inhaltlich berechtigten Wünsche die Betroffenen einbringen können. Die Auseinandersetzung mit seinem eigenen Wunsch- und Wahlrecht bedeutet auch eine Auseinandersetzung des Rehabilitanden mit seiner Rehabilitation.
Fazit für die Praxis	Gegenwärtig wird das Wunsch- und Wahlrecht in der medizinischen Rehabilitation auf die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung verkürzt, es bezieht sich aber auf alle Fragen, die zur Konkretisierung rehabilitativer Leistungen von Bedeutung sind. Daher ist es notwendig, den Rehabilitanden möglichst weitgehend in diese Entscheidungen mit einzubeziehen.

---

### **Prospektive Erfassung subjektiver und objektiver Wahrnehmung körperlicher Aktivität, Ruhe und der Ernährung bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas**

---

Projektleiter	R. Schiel, A. Kaps
Einrichtung	Medigreif-Inselklinik Heringsdorf GmbH
Projektnr.	132
Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationen	IGD Rostock; Institut für Community Medicine, Universität Greifswald
Hintergrund	In Vorstudien wurde beobachtet, dass übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche häufig unrealistische Einschätzungen ihrer Aktivitäten und Nahrungsaufnahme haben. Bislang liegen keine Daten vor, ob und welcher Zusammenhang zwischen diesen Fehleinschätzungen und dem Therapieerfolg bzw. der langfristigen Gewichtsreduktion und -stabilisation besteht. Vor diesem Hintergrund soll bei allen Kindern und Jugendlichen, die in die Untersuchung aufgenommen werden, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten objektiv mit einem Fotohandy dokumentiert werden.





(Fortsetzung - Projekt 132)

Es soll untersucht werden, ob die subjektive und objektive Einschätzung von körperlicher Aktivität und Ruhe sowie des Ernährungsverhaltens differieren und ob eine fehlerhafte Einschätzung dieser Parameter eine weitere wesentliche Determinante des Langzeiterfolgs bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen nach einem strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramm darstellt.

Zielsetzung/  
Fragestellung

Alle Kinder der Hauptstudie (vffr-Projekt Nr. 121, vgl. vffr-news Nr. 06) erhalten über einen Zeitraum von 7 Tagen ein mobiles Bewegungserfassungssystem oder einen in ein Fotohandy integrierten drahtlosen Aktivitätssensor (MoSeBo/DiaTrace). Mit diesen Geräten soll die körperliche Aktivität und Ruhe sowie die Ernährung objektiv erfasst werden. Die objektive Erfassung der Ernährung erfolgt über Fotos per Handy. Parallel werden körperliche Aktivität, Ruhe und Ernährung mit standardisierten Fragebögen erfasst. Darüber hinaus erhalten alle Kinder einen mechanischen Schrittzähler, um eine kostengünstigere Variante der Bewegungsmessung zu erproben.

Methodik

Die Studie zeigte, dass sowohl im Bereich der körperlichen Aktivität als auch im Hinblick auf das körperliche Training Fehleinschätzungen in ungünstiger Richtung vorlagen. Beim Vergleich der Zeit der Aktivität, die mit Pedometern gemessen wurden, mit den Messungen mittels MoSeBo/DiaTrace bzw. der Selbstbeurteilung ergaben sich erhebliche Unterschiede. So betrug die Aktivitätsdauer, gemessen mit Pedometern, im Median 64,9 (8,4-130,2) min/d, die Aktivitätsdauer, gemessen mit MoSeBo/DiaTrace dagegen 317,4 (137,3-453,3) min/d und die selbst eingeschätzte Aktivitätszeit der 32 Patienten lag weiter deutlich höher bei 657,7 (345,0-855,0) min/d. Eine multivariate Analyse, die eine Assoziation zwischen Gewichtsreduktion und objektiv erfasster körperlicher Aktivität, nicht aber zur selbst wahrgenommenen Intensität der körperlichen Bewegung zeigt, bestätigt die Vermutung, dass die falsche Realitätswahrnehmung ein Grund für einen mangelhaften Therapieerfolg sein könnte.

Ergebnisse

Übergewicht und Adipositas gehören heute zu den häufigsten chronischen Erkrankungen und zeigen weltweit Zunahme. Gerade in diesem Bereich stellt sich also die Frage, ob die Integration innovativer Behandlungsstrategien, wie telemedizinischer Anwendungen, zu einer besseren und effizienteren Therapie, insbesondere unter Langzeitgesichtspunkten, führen kann.

Diskussion

Durch die telemedizinische Erfassung von Aktivität, Ruhe und Ernährung bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas können unrealistische Selbstwahrnehmungen hinsichtlich körperlicher Aktivität und Kalorienzufuhr überprüft und korrigiert werden. Auf diese Weise können konkrete Problembereiche bei der Behandlung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen identifiziert und modifiziert werden.

Fazit für die  
Praxis

## Präsentation vffr-geförderter Projekte beim Rehakolloquium 2011

Auf dem diesjährigen 20. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Bochum wurden Ergebnisse aus drei laufenden vffr-geförderten Projekten vorgestellt:

- H.M. Böttcher, M. Steimann, M. Rotsch, K.-H. Zurborn, U. Koch, C. Bergelt. Berufliche Belastungen von Patientinnen und Patienten in der stationären onkologischen Rehabilitation. (vffr- Projekt Nr. 117)
- A. Kaps, I. Eggers, R. Schiel. Identifikation von Determinanten der Gewichtsreduktion bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas (IDA-Insel) Phase 2. (vffr-Projekt Nr. 121)
- N. Pohontsch, R. Deck. Schnittstellen-Probleme in der medizinischen Rehabilitation - Erste Ergebnisse von Fokusgruppen mit Kostenträger-Vertretern, Rehabilitationsklinikern, niedergelassenen Ärzten und Rehabilitanden. (vffr-Projekt Nr. 146)
- Die genannten Beiträge sowie weitere Präsentationen von vffr-Mitgliedern sind über das Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung online abrufbar: [http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main\\_reha\\_kollo](http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_reha_kollo)

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



## Rasche Rückkehr an den Arbeitsplatz durch Früherkennung des Rehabilitationsbedarfs

### Ein gemeinsames Modellvorhaben des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte und der Deutschen Rentenversicherung Nord zur stärkeren Einbindung der Betriebs- und Werksärzte in den Rehabilitationsprozess

Nathalie Glaser-Möller<sup>§</sup>

Der Erhalt der Erwerbsfähigkeit und die dauerhafte berufliche Integration sind vorrangige Ziele der Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung (Leistungen zur Teilhabe).

Zu den Aufgaben des Betriebsarztes<sup>1</sup> gehört die Wiedereingliederung chronisch kranker Beschäftigter eines Betriebs. Durch seine Kenntnis der Arbeitsplatzanforderungen, des beruflichen Umfelds und der spezifischen gesundheitlichen Störungen des Beschäftigten ist der Betriebsarzt besonders gut in der Lage den Rehabilitationsbedarf zu beurteilen. Auch bei der Gestaltung der Rehabilitation können die Besonderheiten des Arbeitsplatzes besser berücksichtigt werden und somit die Rehabilitation effizienter werden, wenn die Rehabilitationsschwerpunkte und -inhalte mit dem Betriebsarzt abgestimmt werden. Schließlich können die Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs genutzt werden, wenn der Betriebsarzt direkt nach der Reha eingeschaltet wird. Schon 2002 veröffentlichten Haase et al. einen Beitrag über die Ergebnisse eines Modellprojekts einer engen Kooperation zwischen den Ärzten einer Reha-Einrichtung und

dem betriebsärztlichen Dienst der AUDI AG Ingolstadt. Die Autoren konnten hinsichtlich der Zielvariablen „Dauer bis zur Rückkehr zur Arbeit“ und „AU-Tage in den ersten zwölf Monaten nach Reha-Ende“ einen Effekt zugunsten der Interventionsgruppe im Vergleich zu einer Kontrollgruppe feststellen.<sup>2</sup>

Seither haben mehrere Betriebe, insbesondere in Hamburg und Schleswig-Holstein, Kooperationsvereinbarungen mit Reha-Einrichtungen und der Rentenversicherung abgeschlossen.<sup>3</sup> Einschränkend ist festzuhalten, dass solche Kooperationen ausschließlich von größeren Betrieben organisiert werden. Statistiken der Arbeitsagentur zeigen jedoch, dass nur 12% der Beschäftigten in Schleswig-Holstein in Betrieben mit mind. 500 Beschäftigten arbeiten.

Die Deutsche Rentenversicherung Nord (DRV Nord) und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) haben nun einen Kooperationsvertrag zur stärkeren Einbindung der Betriebsärzte in den Rehabilitationsprozess über den betriebsärztlichen Dienst einzelner Betriebe hinaus abgeschlossen. Ziel dieser Kooperation ist es, den Rehabilitationsbedarf von Beschäftigten frühzeitig zu erkennen und durch geeignete

Rehabilitationsleistungen den bestehenden Arbeitsplatz zu sichern, um den Beschäftigten eine möglichst dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Die Aufgaben der Betriebsärzte und der DRV Nord sowie die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit von Rehabilitationseinrichtungen und Betriebsärzten werden in der Vereinbarung geregelt.

Eine 30-seitige Broschüre informiert ausführlich über das Projekt. Das Antragsverfahren und insb. die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung werden dort ausgeführt. Checklisten für den Betriebsarzt helfen, den Rehabilitationsbedarf im Einzelnen zu erkennen, und das Behandlungskonzept der beruflich orientierten Rehabilitation wird erläutert. Ferner sind viele praktische Informationen wie Anschriften und Öffnungszeiten der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, Datenschutzbestimmungen und die Liste der erforderlichen Vordrucke enthalten. Broschüre und Vordrucke stehen auch auf der Homepage der DRV Nord unter [www.deutsche-rentenversicherung-nord.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-nord.de) zum Download bereit.

## Ablauf

Stellt der Betriebsarzt im Rahmen einer betriebsärztlichen Untersuchung Rehabilitationsbedarf fest, leitet er gemeinsam mit dem Beschäftigten das Reha-Antragsverfahren bei der Deutschen Rentenversicherung Nord ein. Die DRV Nord empfiehlt den Hausarzt über die Reha-Antragstellung zu informieren, wenn der Arbeitnehmer die Information des Hausarztes gestattet.

Die Deutsche Rentenversicherung prüft und entscheidet zeitnah anhand des betriebsärztlichen Befundberichtes, der Tätigkeitsbeschreibung und der weiteren Antragsunterlagen über den Antrag und bewilligt bei vorliegendem Rehabilitationsbedarf eine medizinische Reha-Leistung in einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung.

Während der Rehabilitation wird das vom Betriebsarzt

erstellte Arbeitsplatzprofil bei der Festlegung der Rehabilitationsziele und der Aufstellung des Therapieprogramms berücksichtigt. Es ist dem Betriebsarzt möglich, die Reha-Einrichtung während der Rehabilitation hinsichtlich betrieblicher Eingliederungsmöglichkeiten (z. B. Veränderung von Arbeitsabläufen, Einsatz technischer Hilfsmittel, innerbetriebliche Umsetzungen) zu beraten. Der Betriebsarzt wird von der Reha-Einrichtung über den Verlauf und das Ergebnis der Rehabilitation informiert.

Direkt nach Abschluss der Rehabilitation berät der Betriebsarzt den Beschäftigten hinsichtlich der Umsetzung der Ergebnisse der Rehabilitation und prüft, ob weitere Leistungen wie eine stufenweise Wiedereingliederung oder eine Leistung zur Teilhabe am

Arbeitsleben, insbesondere Hilfen zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes erforderlich sind. Darüber hinaus begleitet der Betriebsarzt die Rückkehr des Beschäftigten in den Arbeitsprozess. Hierüber informiert er die Deutsche Rentenversicherung sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitationsleistung.

Dieses innovative Verfahren soll ab dem 01.07.2011 im Rahmen eines dreijährigen wissenschaftlich begleiteten Modellvorhabens erprobt werden. Es gilt nur für Beschäftigte, die bei der Deutschen Rentenversicherung Nord versichert sind. In einem ersten Schritt werden lediglich Betriebsärzte aus Schleswig-Holstein einbezogen. Eine zügige Ausweitung auf Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern ist geplant.

## Kontaktpersonen

Für allgemeine Fragen stehen bei der DRV Nord Frau Walde (martina.walde@drv-nord.de) und Frau Dr. Glaser-Möller (nathalie.glaser-moeller@drv-nord.de) zur Verfügung.

Bei individuellen Fragen kann die wohnortnahe Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation oder die Auskunft- und Beratungsstelle der Rentenversicherung kontaktiert werden.

Als Betriebsärzte stehen für Fragen Herr Glomm (glom@bad516.bad-gmbh.de) und Herr Dr. Ensslen (Frank.Ensslen@draeger.com) zur Verfügung.

<sup>§</sup> Dr. med. Nathalie Glaser-Möller, Stabsstelle Reha – Strategie und Steuerung, Deutsche Rentenversicherung Nord

<sup>1</sup> Zur Gewährleistung einer besseren Lesbarkeit wird bei allen Personengruppen die männliche Form verwendet. Frauen sind jedoch gleichermaßen eingeschlossen, mitgedacht und explizit auch gemeint. Der Begriff des Betriebsarztes wird verwendet, auch wenn darunter der Betriebs- und Werkarzt verstanden wird.

<sup>2</sup> Haase I., Riedl G., Birkholz L. B., Schaefer A., Zellner M. (2002): Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 37. 331-335.

<sup>3</sup> Glaser-Möller N. (2008): Die Deutsche Rentenversicherung Nord fördert die Zusammenarbeit von Betrieben mit Rehabilitationseinrichtungen. *vffr-news* 2; 19-21.

## Primär- und Sekundärprävention von kardiovaskulären und Stoffwechselerkrankungen sowie orthopädischen Erkrankungen in Klein- und Mittelbetrieben der Bauwirtschaft mit dem Ziel der Stärkung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

J. Hansen, G. Berger

### Projekthintergrund

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales fördert derzeit im Rahmen des Programms „Zukunft der Arbeit“ einen Schwerpunkt „Demografischer Wandel in der Bauwirtschaft“. Aufgabe ist die Entwicklung von Konzepten und Instrumenten, die geeignet sind, zum Erhalt und zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit in kleinen und mittleren Unternehmen der Bauwirtschaft beizutragen. Hintergrund ist die Alterung der Beschäftigten<sup>1</sup> als einer Folge des demografischen Wandels. Das Experten-Gutachten zum Förderschwerpunkt fasst die erwartbare Entwicklung prägnant zusammen: „Die insgesamt kleinere Zahl der Beschäftigten in der Bauwirtschaft wird ... zunehmend von älteren Beschäftigten geprägt.“ (Inifes 2009).

Um mit einer älter werdenden Belegschaft als Unternehmen wettbewerbsfähig (und als Gesellschaft zukunftsfähig) zu bleiben, ist es unabdingbar, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen aktiv als Aufgabe der Organisationsentwicklung zu gestalten. Dem stehen insbesondere in der Bauwirtschaft strukturelle Merkmale entgegen. So ist die Branche zum überwiegenden Teil von Klein- und Kleinstbetrieben geprägt (ca. 76 % der

Betriebe haben neun oder weniger Mitarbeiter/innen), betriebliche Aktivitäten mit Blick auf die alter(n)sgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen oder die Gesundheitsförderung finden sich in der Baubranche noch eher selten (Inifes 2009), wiewohl vielfältige Initiativen von Verbänden und Organisationen hier Unterstützung anbieten, so z.B. INQA-Bauen ([www.inqa.de](http://www.inqa.de)).

Zugleich sind die Beschäftigten der Bauwirtschaft hohen körperlichen und auch psychischen Beanspruchungen ausgesetzt, deren Folgen sich u.a. in der anhaltend hohen Zahl von Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zeigen. Auch wenn sich der Anteil der Rentenzugänge wegen Erwerbsminderung in den Bauberufen von ca. 47 % im Jahr 2000 auf ca. 30 % im Jahr 2009 verringert hat, ist er immer noch mehr als doppelt so groß wie bei den Beschäftigten aller Berufe (ca. 14 %).<sup>2</sup> Anders als bei den Beschäftigten insgesamt sind es für die Baubranche nach wie vor die Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die überdurchschnittlich häufig auftreten und das Risiko einer Erwerbsminderung begründen – jene Erkrankungen also, die durch Lebensstil-Änderungen im Prinzip durch-

aus beeinflussbar sind. In diese Richtung weisen die Auswertung von Befunden aus den Untersuchungen des AMD der BG BAU:<sup>3</sup> die Risikofaktoren (insbesondere Übergewicht, Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte) für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind unter den Beschäftigten der Bauwirtschaft stärker ausgeprägt als in der Gesamtbevölkerung (wobei es starke Unterschiede zwischen den Berufsgruppen des Baugewerbes gibt) ebenso wie die Muskel-Skelett-Erkrankungen (Hartmann 2011). Die Untersuchungen zeigen auch Arbeitsbedingungen, die einem gesundheitsförderlichen Lebensstil eher abträglich sind, saisonal sehr lange Arbeitstage, häufig zudem lange Fahrtzeiten, hoher Zeit- und Kostendruck sowie Rahmenbedingungen, die eine ungesunde Ernährung begünstigen.

Zusammengefasst: Es sind für Beschäftigte und Unternehmer/innen einer Branche mit gesundheitlich stark belastenden Arbeitsbedingungen Konzepte und Instrumente zu entwickeln, deren strukturelle Bedingungen in der Praxis eine nicht unerhebliche Hürde sowohl für verhaltens- als auch für verhältnispräventive Maßnahmen bilden.

<sup>1</sup> Die Prognosen, inwieweit sich die Baubranche auch auf einen Fachkräftemangel einstellen muss, ergeben ein uneinheitliches Bild (Inifes 2009).

<sup>2</sup> eigene Berechnung, Quelle: Deutsche Rentenversicherung 2010 und 2001

<sup>3</sup> Arbeitsmedizinischer Dienst der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft

<sup>4</sup> Näheres unter: <http://www.baua.de/de/Ueber-die-BAuA/Modellprogramm/Bau.html>

<sup>5</sup> das über langjährige Erfahrungen in der branchenspezifischen Rehabilitation mit Reha-Bau-Maßnahmen verfügt (Weiler et al. o.J.)

<sup>6</sup> vgl. etwa: Geißler-Gruber/ Frevel 2009, Frevel 2010, Geißler et al. 2007

<sup>7</sup> vgl. etwa: Geißler-Gruber u.a. 2009; Frevel 2010

<sup>8</sup> Vgl. etwa: Geißler u.a. 2007

## Projektumsetzung

Bundesweit sind im Rahmen des Förderschwerpunktes vier Projekte mit dieser Aufgabe befasst,<sup>4</sup> eines davon in Schleswig-Holstein: *BauföG (Bau fördert Gesundheit)*. *BauföG* wird koordiniert und evaluiert vom Institut für Sozialwissenschaften der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Projekt-Partner sind der Arbeitsmedizinische Dienst der BG BAU, das Klinikum Bad Bramstedt, das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein und das Netzwerk Betrieb und Rehabilitation e.V. (Laufzeit: November 2010 bis April 2012).

Kern des schleswig-holsteinischen Projektes ist die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnispräventiven Interventions-Maßnahmen für die Gruppe der übergewichtigen in Klein- und Mittelbetrieben der Baubranche tätigen Personen, bei denen zudem mindestens ein weiterer Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gegeben ist. Berücksichtigung finden in der Intervention darüber hinaus Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Die Interventionslinie 1, die auf die Änderung des Lebensstils der Proband/innen zielt, ist konzipiert als einwöchige stationäre Reha- bzw. Präventionswoche im Klinikum Bad Bramstedt,<sup>5</sup> in deren Verlauf Ziele und Umsetzungspläne für eine gesundheitsbewusste Ernährung und sportliche Aktivitäten und Bewegung individuell entwickelt und vereinbart werden. Theoretische Grundlage der Interventions-Maßnahme ist ein sozial-kognitives Modell der Lebensstil-Änderung (Fuchs et al. 2009, Schwarzer 2008, Schwarzer/Jerusalem 2002). Ergänzt wird der Therapie-Plan um ein Modul Ergonomie am Arbeitsplatz, zudem kommen Entspannungstechniken zum Einsatz.

Im Rahmen der Interventi-

onslinie 2, die auf verhältnispräventive Maßnahmen im Setting Betrieb zielt, wird den Betrieben der Proband/innen das Angebot gemacht, ein für KMU angepasstes Verfahren der betrieblichen Gesundheitsförderung zu implementieren. Dabei werden die üblichen BGM-Schritte (*Ist-Analyse – Maßnahmenplanung – Umsetzung*) ergänzt um individuelle, in jährlichen Gesundheitsgesprächen vereinbarte Maßnahmen.<sup>6</sup> Diejenigen Mitarbeiter/innen, die an der Interventionslinie 1 teilgenommen haben, sind mit ihren Anstrengungen dabei bereits in „Vorleistung“ getreten und wirken als Multiplikatoren in ihrem Betrieb.

In einem 3-Schritte-Konzept für das BGM in KMU speziell der Bauwirtschaft kombinieren wir langjährige eigene Instrumentenentwicklungen und Erfahrungen (z.B. Mitarbeiterbefragung in mittleren/großen Unternehmen) mit Grundgedanken des Instruments Arbeitsbewältigungs-Coaching<sup>7</sup> und des anerkennden wertschätzenden Mitarbeitergesprächs,<sup>8</sup> das wir in Praxiskooperationen u.a. mit Unternehmen der Abfall- und Entsorgungswirtschaft zu einem Gesundheitsgespräch (dort „Fitnessgespräch“) weiterentwickelt haben. Kerngedanke ist die Entwicklung eines instrumentengestützten Vorgehens des betrieblichen Gesundheitsmanagements, bei dem Betrieb und Beschäftigte in einem kooperativen Prozess jeweils ihren Teil zu einer win-win-Situation beitragen.

Um sowohl die betrieblichen Anstrengungen als auch das individuelle Gesundheitsverhalten zu stärken und nachhaltig zu gestalten, werden die Proband/innen im Laufe eines Jahres im Rahmen von vier Refresher-Kursen unterstützt. Einerseits werden die Lebensstil-Änderungen reflektiert und Zielsetzungen ggf. ange-

passt, andererseits werden Fragen der Ergonomie und der gesundheitschonenden Arbeitsweise vertieft. Neben den Refresher-Kursen kommt eine Website mit einem Modul zur Protokollierung von Ernährungsverhalten und sportlichen Aktivitäten zum Einsatz. Ein weiteres Element zur Stärkung der Nachhaltigkeit ist die Einbeziehung von Ehe- bzw. Lebenspartner/innen in die Interventionslinie 1.

Zielsetzung, Zeitbudget und Ressourcenausstattung von *BauföG* fokussieren das Projekt methodisch zunächst auf die Entwicklung und die im Längsschnitt fallbezogen-explorative Evaluation von Verfahren und Instrumenten, mit denen beide Interventionslinien möglichst erfolgreich in die Praxis eingeführt werden können (anhand kleiner Stichproben von Personen bzw. Betrieben). Eine stärker systematische Evaluation der hier entwickelten Verfahren und Instrumente (z.B. im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Längsschnittstudie) wäre als zweiter Schritt anzustreben, sollten sich die gewünschten Effekte plausibilisieren lassen.

Modellhaft erprobt werden beide Interventionslinien. Gegenstand ist dabei auch die Frage, welche institutionelle Ausgestaltung (so sich die gewünschten Effekte plausibilisieren lassen) zu welchen Kosten geeignet wäre, entsprechende Angebote auf Dauer zu stellen. So werden z.B. verschiedene Modelle/Verfahrensvarianten für die Interventionslinie 2 in Expertengesprächen mit den Kooperationspartnern insbesondere aus dem Bereich der Handwerkerschaften und Innungen in enger Abstimmung mit den bestehenden Netzwerken auf Praxisrelevanz, Wirksamkeit und Kosteneffekte hin überprüft.

Bau fördert  
Gesundheit



BauföG

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2010): Rentenzugang 2009. Berlin. (Statistik der Deutschen Rentenversicherung, 178).

Deutsche Rentenversicherung (2000): Rentenzugang 2000. Berlin. (Statistik der Deutschen Rentenversicherung).

Frevel, A. (2010): Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit im Handwerk. Grundlagen – Beratungskonzepte - Beispiele. Karlsruhe. (NOAH-Transfer).

Fuchs, R.; Göhner, W.; Mahler, C.; Fleitz, A.; Seelig, H. (2009): Theoriegeleitete Lebensstiländerung. In: Nicolaus, J.; Ritterbach, U.; Spörhase, U.; Schleider, K. (Hg.): Leben nach Herzenslust? Freiburg im Breisgau, S. 105–116.

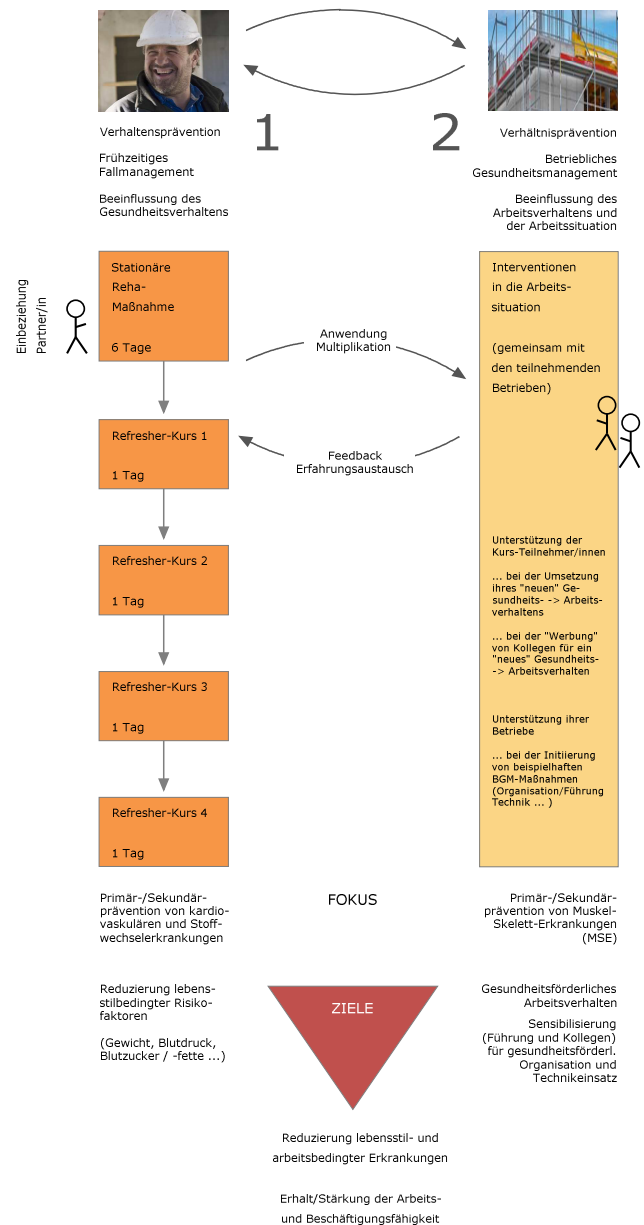
Geißler, H.; Bökenheide, T.; Schlünkes, H.; Geißler-Gruber, B. (2007): Faktor Anerkennung. Betriebliche Erfahrungen mit wertschätzenden Dialogen. Frankfurt a.M., New York.

Geißler-Gruber, B.; Frevel, A. (2009): Arbeitsbewältigungs-Coaching. Neue Herausforderungen erfordern neue Beratungswerkzeuge. Bremerhaven. (inqa-Bericht 38).

Hartmann, B. (2011): Daten für Taten. Rücken und Herz-Kreislauf-System - wichtig für die Gesundheit auf der Baustelle. Vortrag auf der Projekt-Auftaktveranstaltung in Kiel.

Inifes Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (2009): Alters- und altersgerechtes Arbeiten am Bau - Defizite und Ansatzpunkte. Unter Mitarbeit von F. Trischler und E. Kistler. Stadtbbergen.

Schwarzer, R. (2008): Mode-



ling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Apoption and Maintenance of Health Behaviors. In: Applied Psychology: An International Review, Jg. 57, H. 1, S. 1–29.

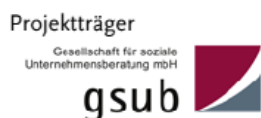
Schwarzer, R.; Jerusalem, M. (2002): Das Konzept der

Selbstwirksamkeit. In: Zeitschrift für Pädagogik, H. 44. Beiheft, S. 28–53.

Weiler, S.; Hartmann, B.; Josenhans, J.; Hanse, J.; Hauck, A.; Bodman, J. von; Kessel, R. (o.J.): Arbeitsplatzorientierte Rehabilitation von Bauarbeitern: „Reha-Bau“.

Autoren

Dr. Gerhard Berger, Jutta Hansen M.A.  
 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel  
 Institut für Sozialwissenschaften, Forschungsgruppe Organisation und Gesundheit  
 Westring 400, 24098 Kiel  
 www.baufoeg.de, jhansen@soziologie.uni-kiel.de, gberger@soziologie.uni-kiel.de





## Gesundheitsmetropole Hamburg – Hamburger Netz Psychische Gesundheit (psychenet.de)



Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Krankheiten weltweit: Etwa jeder Vierte leidet im Laufe seines Lebens unter einer psychischen Störung. In Deutschland sind das rund 20 Millionen Menschen, deren Seelenleben irgendwann aus der Balance gerät [1]. Psychische Erkrankungen können zu persönlichen, familiären und

sozialen Problemen führen, die die Betroffenen, ihre Angehörigen und Freunde zum Teil schwer belasten. Die durch psychische Erkrankungen verursachten ökonomischen Folgen in Form von Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung zeigen besonders für die Stadt Hamburg einen überdurchschnittlichen Anstieg in den letzten Jahren

und bzgl. der AU-Zeiten eine Spitzenstellung im bundesrepublikanischen Vergleich. Für die Rehabilitation stellen psychische Erkrankungen inzwischen einen hoch relevanten Anteil an allen durchgeführten Maßnahmen dar, außerdem geht ein erheblicher Anteil der vorzeitigen Berentungen zulasten dieser Erkrankungen [2].

### Psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit

Mit dem transsektoralen Forschungsverbund *Psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit* stellt sich die Gesundheitsmetropole Hamburg der dringend notwendigen Herausforderung, die psychische Gesundheit der Hamburger Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Mit ihrem Konzept gewann die Gesundheitsmetropole Hamburg den Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) in 2010. Das in der Gesundheitsregion Hamburg entstehende Netzwerk entwickelt in der geförderten Projektlaufzeit (2011-2014) erstmals in Deutschland ein innovatives, versorgungszentriertes und wissenschaftlich fundiertes Gesamtkonzept für dieses drängende und volkswirtschaftlich brisante Thema und erprobt es in der Praxis (Abb. 1).

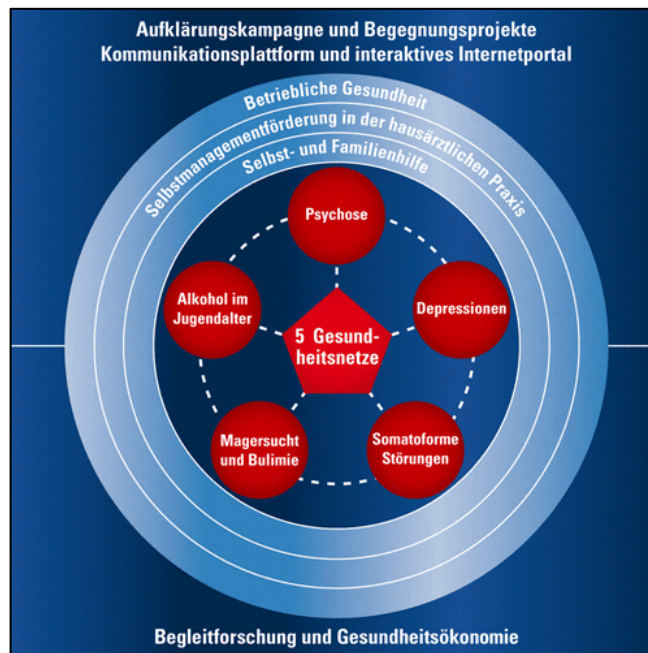


Abb. 1: Projektlandkarte *Psychnet – Hamburger Netz Psychische Gesundheit*

### Ziele und Projektpartner

Die mehr als 60 Partnerorganisationen und insgesamt 11 Teilprojekte (TP 1-11) aus Wissenschaft, Wirtschaft und Politik verfolgen ein gemeinsames Ziel: Heute und in Zukunft psychische Gesundheit fördern und psychische Erkrankungen früh erkennen und nachhaltig

behandeln. Hierzu wird die Gesundheitsregion (vgl. Abb. 1) die Aufklärung über psychische Erkrankungen intensivieren (TP 1: Aufklärungskampagne und Begegnungsprojekte), die Diagnostik und Therapie verbessern, die betriebliche Gesundheit fördern (TP 3),

die hausärztliche Versorgung psychischer Erkrankungen optimieren (TP 4), die Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen stärken (TP 5) und neue Versorgungsstrukturen entwickeln.

Die Gesundheitsmetropole Hamburg wird sich auf psychische Erkrankungen konzentrieren, die eine besondere Relevanz haben. Dies sind *depressive Erkrankungen* (TP 7), *somatoforme Störungen* (TP 8), also körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hin-

reichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen, *Magersucht und Bulimie* (TP 9), *Alkohol im Jugendalter* (TP 10) und *Psychosen* (TP 6). Ein übergeordnetes Teilprojekt dient der methodischen Qualitätssicherung der wissenschaftlichen Evaluationen, der

Evaluation der einzelwirtschaftlichen Dienstleistungsproduktivität sowie der gesundheitsökonomischen Begleitforschung (TP 11: Begleitforschung und Gesundheitsökonomie).

## Organisation

Die Gesamtsteuerung von *Psychnet* übernimmt die Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH (GWHH) zusammen mit den beiden wissenschaftlichen Sprechern. Angeschlossen an die Gesamtprojektleitung sind vier Stabsfunktionen:

a) Projektstrategie; b) gepaart mit einer Forschungs- und Transferstelle für Dienstleistungs- und Geschäftsmodelle sowie die beiden Koordinationsstellen c) Ambulante Netzwerke und d) Partizipation und Dialog. Unterstützt

wird die Gesamtprojektleitung in ihrer Arbeit durch vier Gremien: das regelmäßig tagende Projektgremium, einen einmal jährlich zusammentretenden regionalen und wissenschaftlichen Beirat sowie ein Projektkuratorium (Abb. 2).

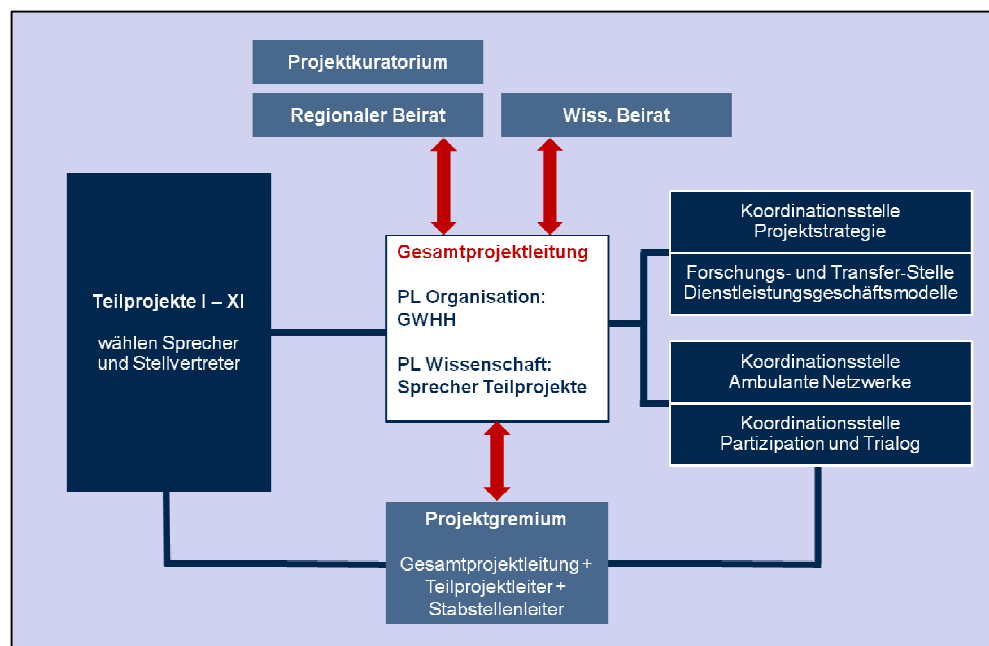


Abb. 2: Organigramm von *Psychnet* – Hamburger Netz Psychische Gesundheit

## Ausgewählte Teilprojekte

*Teilprojekt I* der Gesundheitsmetropole Hamburg (*Aufklärung und Bildung über psychische Erkrankungen*) hat sich zum Ziel gesetzt, die Aufklärung und Bildung über psychische Probleme und Störungen in der Hamburger Bevölke-

rung und darüber hinaus zu verbessern. Hierzu haben sich zahlreiche Partner aus der Region Hamburg (Wissenschaftler, Kliniker, Agenturen, Betroffenen- und Angehörigenverbände etc.) zusammengefunden. Durch die folgenden

Maßnahmen soll das Bewusstsein für psychische Störungen in der Bevölkerung gestärkt und der Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker und ihrer Angehörigen entgegen gewirkt werden:

- Eine *Medienkampagne* bestehend aus Plakaten, Filmen, Anzeigen, Radiospots und Broschüren sowie einer Internetpräsenz, die das Bewusstsein über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung verbessern soll.
- *Schul- und Begegnungsprojekte* in Schulen, Betrieben und der Universität, in denen Menschen Betroffene mit psychischen Erkrankungen kennenlernen können und gleichzeitig Informationen in Bezug auf Prävention von, Wissen über und Leben mit psychischen Störungen erhalten.
- Eine breite *Fortbildungsinitiative* über psychische Störungen, in der wichtige Bezugspersonen, Gesundheitsberater und Profis über verschiedene Aspekte psychischer Störungen fortgebildet werden.

Allen Maßnahmen gemeinsam ist, dass sie in einem triadischen Prozess, d.h. zusammen mit Betroffenen, Angehörigen und Experten erarbeitet werden und dass Betroffene und Angehörige in der Umsetzung aktiv partizipieren.

Das übergreifende *Teilprojekt 2 (Kommunikationsplattform und interaktives Internetportal)* verfolgt das Ziel, eine Informationsplattform zu psychischen Erkrankungen für die Region Hamburg zu entwickeln und hinsichtlich der Akzeptanz zu überprüfen ([www.psychenet.de](http://www.psychenet.de)). Das Internetportal soll Patienten mit psychischen Störungen u.a. umfassende und ihren Bedürfnissen entsprechende Informationen zu ihrer Erkrankung, eine Vernetzung mit anderen Betroffenen (z.B. in Form einer Social-Media-Community), Selbsthilfeprogramme, Selbstbeurteilungsmöglichkeiten sowie eine Suchfunktion für adäquate, spezifische Behandlungsangebote in der Region Hamburg

bieten. Die Nutzer erhalten z.B. nach Bearbeitung spezifischer online verfügbarer Fragebögen ein standardisiertes Feedback über die Ergebnisse des Screenings, Auswertungen zur Krisenerkennung und darauf aufbauende Handlungsempfehlungen. Das Portal soll darüber hinaus die Beteiligung und Ressourcen der Betroffenen und Angehörigen stärken und zur Aufklärung und Bildung der Öffentlichkeit beitragen. Schließlich soll das Portal eine Informations- und Vernetzungsfunktion für Projektpartner, Behandler und Experten erfüllen und Zugang zu hochwertigen Informationen ermöglichen. Es stellt eine Plattform bereit, auf der die medizinischen Versorger sowie die an der Entwicklung und Evaluation beteiligten Wissenschaftler projektbezogene Informationen in einem geschützten Bereich diskutieren, dokumentieren und strukturieren können.

Das *Teilprojekt 7 (Gesundheitsnetz Depression - Stepped Care)* verfolgt das Ziel, ein innovatives Behandlungsangebot zu realisieren, bei dem Patienten mit depressiven Erkrankungen mittels eines gestuften Diagnostik- und Behandlungsansatzes leitliniengerecht und integrativ - d.h. professions- und settingübergreifend - versorgt werden. Vor dem Hintergrund der massiven Defizite des deutschen Gesundheitssystems (insb. der Schnittstellenproblematik) soll in diesem Modellprojekt die für den Bereich der depressiven Erkrankungen vorliegende S3-/ Nationale Versorgungsleitlinie [3] als optimierter Behandlungspfad umgesetzt und dabei eine Vernetzung auf Systemebene realisiert werden: Dabei erfolgt nach einer optimierten Diagnostik für jeden Patienten die systematische Indikationsstellung zu einer von sechs

evidenzbasierten Behandlungsoptionen unterschiedlicher Intensität (u.a. Selbsthilfe, Internetgestützte Unterstützung, ambulante und stationäre Psycho- und/oder Pharmakotherapie) mit kontinuierlichem Monitoring und der Möglichkeit zur adaptiven Indikationsstellung, d.h. zum „Stepping up“ und „Stepping down“ der erforderlichen therapeutischen Behandlungsmaßnahmen. Im Rahmen der umfassenden Prozess- und Ergebnisevaluation werden Patienten mit Stepped Care mit Patienten der Regelversorgung hinsichtlich des Behandlungserfolges innerhalb eines Ein-Jahres-Zeitraums verglichen. Bei entsprechend positiven Evaluationsergebnissen kann mit dem Modell eine effektive und effiziente sowie in der Praxis umsetzbare Versorgungsform für die Routine zur Verfügung gestellt werden. Im *Teilprojekt 8 (Gesundheitsnetz somatoforme und funktionelle Syndrome / Sofu-Net)* der Gesundheitsmetropole Hamburg soll die Versorgung von Patienten mit somatoformen und funktionellen Syndromen (d.h. körperlichen Beschwerden ohne ausreichende organische Ursache) verbessert werden. Die Behandlung dieser Patienten erfolgt zum großen Teil in der hausärztlichen Praxis. Die Vermittlung von Patienten mit ausgeprägter somatoformer Symptomatik in fachärztliche und psychotherapeutische Behandlung ist oftmals schwierig. Ziel des Projekts ist es, wissenschaftlich zu untersuchen, ob sich durch die Etablierung eines Behandlungnetzwerkes aus verschiedenen Professionen die Zeitspanne zwischen Störungsbeginn und Behandlungsaufnahme bei betroffenen Patienten verkürzt.

---

## Ausblick

Die Gesundheitsmetropole ist im Januar 2011 mit den unterschiedlichen Projekten gestartet, im Frühherbst 2011 sollen die Aufklärungskampagne und die Freischaltung der Internetseite erfolgen, die vorbereitenden Arbeiten für die unterschiedlichen Gesundheitsnetze

sind angelaufen. Gespräche und Projektentwicklungen zur Einbindung und Mitwirkung der lokalen und überregionalen Partner aus den unterschiedlichen Versorgungssektoren (ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung, Angehörige und Betroffene,

Betriebe, Standesorganisationen und Krankenkassen sowie DRV-Nord etc.) in innovative Versorgungs- und Forschungsmodelle sind erfolgreich angelaufen.

---

## Literatur

[1] Jacobi, F., Wittchen, H.U., Høltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597-611.

[2] Deutsche Rentenversicherung Bund (2010). Reha-Bericht 2010 (online verfügbar unter [http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/89894/publicationFile/17732/rehabericht\\_2010.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/89894/publicationFile/17732/rehabericht_2010.pdf)

[3] Härter, M., Klesse, C., Bermejo, Schneider, F. & Berger, M. (2010). Unipolare Depression - Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie aus der aktuellen S3- und Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“. *Deutsches Ärzteblatt Int*, 107(40), 700-708.

---

## Kontakt

Projektleitung Organisation:  
Gesundheitswirtschaft Hamburg (Dr. Maren Kentgens und Andreas Brandes) ([www.gwhh.de](http://www.gwhh.de))

Projektleitung Wissenschaft:  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Dr. Martin Härter und Prof. Dr. Martin Lambert)

---

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Martin Härter  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie  
Martinstraße 52 (W 26) – 20246 Hamburg  
Tel: 040 / 7410-52978; Mail: [m.haerter@uke.de](mailto:m.haerter@uke.de)

## 2. Förderphase im Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“



Die Versorgung chronisch kranker Menschen erfolgt in der Regel durch unterschiedliche Einrichtungen, deren Leistungen durch verschiedene Sozialversicherungsträger finanziert werden. Um der Komplexität der Versorgungsrealität gerecht zu werden, hatten die Bundesministerien für Bildung und Forschung (BMBF), für Gesundheit (BMG) sowie für Arbeit und Soziales (BMAS) und die Deutsche Rentenversicherung, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Jahr 2006 einen gemeinsamen Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung im Bereich "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" initiiert. Nachdem in

der ersten Förderphase (2007-2011) 41 Projekte zu medizinischen, rehabilitativen und sektorenübergreifenden Fragestellungen gefördert werden konnten, wurde 2009 eine zweite Förderphase ausgeschrieben. Von ursprünglich 268 eingereichten Vorhaben wurden in einem zweistufigen Begutachtungsprozess schließlich 36 Projekte zur Förderung ausgewählt, die sich vier verschiedenen Modulen zuordnen lassen: (1) Forschungsvorhaben zur sektorenübergreifenden Versorgung, (2) Forschungsvorhaben zur rehabilitativen Versorgung durch die Deutsche Rentenversicherung, (3) Forschungsvorhaben zur gesundheitlichen Versorgung durch die Krankenversicherung, (4) Wissenschaftliche Grundlagen der versorgungs-

nahen Forschung. Zwölf der 36 geförderten Projekte sind im Einzugsgebiet des vffr (Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein) zu verorten, wobei etwa die Hälfte der Projekte von Mitgliedern des vffr bzw. deren Mitarbeitern geleitet werden, was die wissenschaftliche Ausgewiesenheit des vffr eindrucksvoll unterstreicht (vgl. Tab. 1). Nähere Informationen zum Förderschwerpunkt und demnächst auch zu den verschiedenen neuen Forschungsprojekten, die aktuell anlaufen, werden auf der Webseite [www.forschung-patientenorientierung.de](http://www.forschung-patientenorientierung.de) zur Verfügung gestellt, die durch das Institut für Medizinische Psychologie im UKE betreut wird.

Tabelle 1. Projekte der 2. Förderphase „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ aus dem Einzugsgebiet des vffr

<b>Modul 1: Sektorenübergreifende Versorgung</b>
<b>Projekt:</b> Effektivität eines metakognitiven Selbsthilfeprogramms bei Menschen mit Zwangsstörung
<b>Leitung:</b> Prof. Dr. Steffen Moritz, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
<b>Projekt:</b> Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Somatische wie psychosoziale Problemfelder und ihre Versorgung im Fokus von Patienteninformationen
<b>Leitung:</b> Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
<b>Modul 2: Rehabilitative Versorgung durch die Deutsche Rentenversicherung</b>
<b>Projekt:</b> Rehabilitationsnachsorge - Optimierung und Transfer des „neuen Credo“
<b>Leitung:</b> Dr. Ruth Deck, Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
<b>Projekt:</b> Vorbereitung auf die Reha: Was wissen Rehabilitanden über die Rehabilitation? Kenntnisstand, Zugangswege und Optimierungsstrategien
<b>Leitung:</b> Dr. Jürgen Höder, Dr. Ruth Deck, Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
<b>Projekt:</b> Chronifizierungsprozesse, Patientenkarrieren und -bedarfe bei Angst- und depressiven Erkrankungen: Ist-Analyse & Evaluation einer Case Management-Unterstützung
<b>Leitung:</b> PD Dr. Birgit Watzke, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
<b>Modul 3: Gesundheitliche Versorgung durch die Krankenversicherung</b>
<b>Projekt:</b> Verbesserung der Versorgung schlecht eingestellter Patienten mit Diabetes Typ II
<b>Leitung:</b> Prof. Dr. Attila Altiner, Institut für Allgemeinmedizin, Universität Rostock
<b>Projekt:</b> Förderung der Teilhabe von Schlaganfallpatienten in der vertragsärztlichen Versorgung durch Constraint Induced Movement Therapy (CIMTathome)
<b>Leitung:</b> Dr. Anne Barzel, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
<b>Modul 4: Wissenschaftliche Grundlagen der versorgungsnahen Forschung</b>
<b>Projekt:</b> Evaluation von Messdimensionen und patientenrelevanten Indikatoren einer partizipativen Versorgung chronischer Krankheiten
<b>Leitung:</b> Dr. Jörg Dirmaier, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
<b>Projekt:</b> DEPSCREEN-INFO: Effizienzsteigerung von Depressions-Screening durch gezielte Patienteninformation: Randomisierte kontrollierte Studie
<b>Leitung:</b> Prof. Dr. Bernd Löwe, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Uniklinikum Hamburg-Eppendorf
<b>Projekt:</b> Förderung der Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz von bildungsfernen türkischstämmigen Patienten mit Diabetes mellitus 2
<b>Leitung:</b> Claudia Mews, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
<b>Projekt:</b> Patientenorientierte Beratung in der Versorgung seltener Erkrankungen-Ein modularisiertes Konzept zur Verbesserung der Lebensqualität
<b>Leitung:</b> Dr. Julia Quitmann, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
<b>Projekt:</b> Förderung der Gesundheitsversorgungs-Kompetenz von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in der Transition
<b>Leitung:</b> Prof. Dr. Silke Schmidt, Institut für Psychologie, Universität Greifswald



## Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie vom 15.-17. September 2011 in Rostock

**"Medizinische  
Psychologie in  
Rostock ...  
mit frischer Brise"**

Medizinische Psychologie in Rostock ...mit frischer Brise! Dieses Motto zur Jahrestagung 2011 soll uns in mehrfacher Hinsicht begleiten. So weht in Rostock wegen der Nähe zur Ostsee immer ein frischer Wind. Überhitzung wird nicht auftreten. Eine frische Brise ist manchmal auch notwendig, um diagnostische und Behandlungskonzepte oder gar unseren Unterricht zu hinterfragen. Dies kann in den Plenarveranstaltungen der Arbeitsgruppen der DGMP erprobt werden. Das Tagungskonzept besteht ausschließlich aus Plenarveranstaltungen, die einen Überblick über die aktuelle medizin-psychologische Forschung ermöglichen sollen. Außerdem stellt diese Jahrestagung eine wichtige Fortbildung für alle dar, die in Forschung, Lehre und Krankenversorgung engagiert sind.

Weitere Informationen auf der Kongress-Homepage: [www.dgmp-jahrestagung.de](http://www.dgmp-jahrestagung.de)

---

## Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) in Zusammenarbeit mit dem MDK vom 21.-23. September 2011 in Bremen

Der Kongress steht unter dem Leitthema "Prävention sozial und nachhaltig gestalten". Zentrale Perspektiven sind Wissenschaftsbasierung, Praxistauglichkeit und Zielgruppengerechtigkeit. Ziel des Kongresses ist es, die Diskurslinien in den beteiligten Disziplinen und Handlungsfeldern sichtbar zu machen, aufeinander zu beziehen und ihre Entwicklungspotentiale auszuloten. Wir laden Vertreter/innen aus der Wissenschaft, Praxis und Politik ein, sich aktiv in die spannende Debatte über eine soziale und nachhaltige Prävention einzubringen. Wir bieten einen attraktiven Rahmen für anregende, zukunftsweisende Diskussionen -- u.a. mit Plenarveranstaltungen, Symposien und Plattformen für Nachwuchswissenschaftler/innen. Wir laden Sie herzlich ein, Ihre Themen und aktuellen Forschungsergebnisse in Form von Vorträgen, Postern, Workshops und Diskussionsbeiträgen vorzustellen. Der Bremer Public Health-Tradition folgend ist es uns ein besonderes Anliegen, Praxis und Wissenschaft zusammenzubringen.

**„Prävention sozial  
und nachhaltig  
gestalten“**

Weitere Informationen auf der Kongress-Homepage: [www.dgsmp-dgms-2011.de](http://www.dgsmp-dgms-2011.de)

---

## 5. Summerschool der AG Methoden in der DGRW in Kooperation mit dem vffr vom 22.-24. September 2011

**"Methodische  
Grundlagen in der  
Rehabilitations-  
forschung"**

Die AG Methoden der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) möchte mit dieser Veranstaltung Nachwuchswissenschaftler/innen in Fragen der Auswahl und Anwendung rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsmethoden sowie der Publikation von Forschungsbefunden informieren und unterstützen.

Zum einen erfolgt dies durch Workshops und Vorträge durch Referenten. Das Themenspektrum umfasst alle Phasen des Forschungsprozesses von der Entwicklung von Forschungshypothesen und Studiendesigns über die statistische Datenanalyse bis hin zur Darstellung und Publikation von Befunden. Die in diesen Bereichen wichtigsten Standards werden verständlich und kompakt am Beispiel von typischen rehabilitationswissenschaftlichen Fragestellungen dargestellt und diskutiert. Zum anderen ist ausreichend Zeit vorgesehen, um den Teilnehmer/innen die Möglichkeit zu geben, sich untereinander und mit den Referenten über die eigenen Forschungsfragen und -probleme auszutauschen.

Weitere Informationen auf der Homepage der DGRW: [www.dgrw-online.de](http://www.dgrw-online.de)



## 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. und 18. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittel-anwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie e.V. vom 20.-22. Oktober 2011 in Köln

2002 wurde der erste Deutsche Kongress für Versorgungsforschung in Köln veranstaltet. Seitdem hat sich der Kongress zu einem unverzichtbaren Forum für den wissenschaftlichen Austausch medizinischer, psychosozialer und gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen entwickelt. Gleichzeitig bildet er eine wichtige Plattform für den Kontakt zwischen Akteuren der Gesundheitspolitik und Verbänden im Gesundheitswesen.

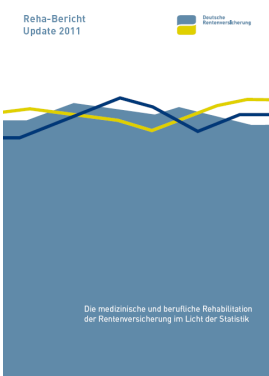
Der nunmehr 10. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung wird unter dem thematischen Schwerpunkt „Arzneimittelversorgung: Qualität und Effizienz“ vom 20.10.2011 bis zum 22.10.2011 wieder in Köln stattfinden. Der Kongress wird vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. zusammen mit der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie (GAA) e.V. ausgerichtet. Am 20.10.2011 werden von den DNVF-Arbeitsgruppen Seminare zu den Methoden in der Versorgungsforschung durchgeführt.

Zusammen mit den anderen Partnern im DNVF werden wir ein wissenschaftlich attraktives Programm zusammenstellen. Der Themenschwerpunkt „Qualität und Effizienz“ soll die vielfältigen Facetten aktueller Probleme in der Arzneimittelversorgung aufgreifen. Dabei spielen sowohl politische und strukturelle Rahmenbedingungen als auch Probleme des demographischen Wandels und der Innovationsimplementierung eine wichtige Rolle. Schlagworte wie „Sicherheit“, „Qualität“, „Nutzen“ und „Effizienz“ beschreiben relevante Teilaspekte eines komplexen Versorgungsbereichs, der eine gute Vernetzung medizinischer, pharmazeutischer sowie psychosozialer und gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen erfordert.

Wir erhoffen uns einen multidisziplinären Diskurs zur Weiterentwicklung einer effektiven und effizienten Arzneimittelversorgung, auch im Bereich der Selbstmedikation, der die Entwicklung und Probleme einer Medikalisierung ebenso in den Blick nimmt wie den gesellschaftlichen Nutzen und die Auswirkungen auf die Finanzierung in unserem Gesundheitssystem.

Weitere Informationen auf der Kongress-Homepage: [www.dkvf2011.de](http://www.dkvf2011.de)

**„Arzneimittel-  
versorgung:  
Qualität und  
Effizienz“**



Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.)

### Reha-Bericht Update 2011

Im März 2011 hat die Deutsche Rentenversicherung ihren zweiten Reha-Bericht als „Reha-Bericht: Update 2011“ veröffentlicht. Damit setzt sie die im Jahr 2010 begonnene Publikationsreihe zur Berichterstattung über ihre Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabili-

tion fort. Der Reha-Bericht wendet sich an Versicherte und Beitragszahler, an Fachöffentlichkeit und Politik sowie an alle interessierten Bürgerinnen und Bürger.

Der Bericht ist kostenlos bei der Deutschen Rentenversicherung Bund über [Vordruckversand@drv-bund.de](mailto:Vordruckversand@drv-bund.de) zu bestellen. Er steht auch im Internet unter [www.deutscherentenversicherung.de](http://www.deutscherentenversicherung.de) im Bereich „Formulare und Publikationen“ Untermenü Publikationen/ Statistiken / Statistikbrochüren als PDF zum Download zur Verfügung.



Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (Hg.)

### Gesund leben und arbeiten in Schleswig-Holstein

Schwerpunkt 2011:

Älter werdende Belegschaften

Der diesjährige Präventionsbericht „Gesund leben und arbeiten in Schleswig-Holstein - 2011“ hat den Schwerpunkt „Älter werdende Belegschaften“. Er

beleuchtet Aspekte des demographischen Wandels aus unterschiedlichen Perspektiven – von der Gesundheitsförderung für Pflegekräfte über Fitnesstraining für „ältere Semester“ bis hin zum gesunden Führungsverhalten. Gute Beispiele aus der Praxis zeigen: Betriebliche Gesundheitsförderung schafft Chancen für Unternehmen und Beschäftigte gleichermaßen. Die Broschüre steht im Internet unter [www.schleswig-holstein.de](http://www.schleswig-holstein.de) (Suchbegriff: „Präventionsbericht 2011“) zum Download bereit.

## Literaturempfehlungen

Uwe Koch, Anja Mehnert, Martin Härter (Heft-Hg.)

Bundesgesundheitsblatt, Schwerpunktthema:  
**Psychische Komorbidität bei  
chronischen Erkrankungen**

Springer, Januar 2011, ISSN: 1436-9990 (gedruckte  
Version), 1437-1588 (elektronische Version)

Chronische Erkrankungen bestehen langfristig und verlaufen häufig progredient oder mit phasenhaften Verschlimmerungen. Aus den Belastungen, mit denen Menschen mit chronischen Erkrankungen konfrontiert sind, können Einschränkungen der psychischen Befindlichkeit, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der Aktivitäten des täglichen Lebens resultieren.

Die vielfältigen psychosozialen Folgen körperlicher chronischer Erkrankungen und deren Bewältigung waren in den letzten Jahrzehnten prioritärer Gegenstand medizinspsycho-

logischer Forschung. Epidemiologische Studien berichten einen Anteil von bis zu 50% der körperlich erkrankten Patienten, die behandlungsbedürftige komorbide psychische Beeinträchtigungen aufweisen. Als gesichert gilt, dass chronisch körperlich Kranke mit einer psychischen Komorbidität eine schlechtere Lebensqualität, einen ungünstigeren Krankheitsverlauf aufweisen und vermutlich auch höhere Kosten im Gesundheitssystem verursachen.

Das Schwerpunktthema stellt die Thematik „Psychische Komorbidität bei chronischen körperlichen Erkrankungen“ in den Mittelpunkt und bearbeitet das Thema in 16 Beiträgen aus unterschiedlichen Perspektiven.



Uwe Koch, Franz Petermann  
(Heft-Hg.)

Bundesgesundheitsblatt,  
Schwerpunktthema:  
**Innovative Entwicklungen  
in der Rehabilitation**

Springer, April 2011, ISSN:  
1436-9990 (gedruckte  
Version), 1437-1588  
(elektronische Version)

Im Gesundheitswesen vollzieht sich in den letzten Jahrzehnten ein gravierender Veränderungsprozess. Dies betrifft zunächst das Patientenspektrum, das durch eine älter werdende Gesellschaft und eine Zunahme chronischer Erkrankungen gekennzeichnet ist. Gleichzeitig entwickelt sich die Medizin durch rasche

Fortschritte in Diagnostik und Behandlung im Sinne einer evidenzbasierten Medizin stetig weiter. Als Folge des erhöhten Versorgungsbedarfs und der erweiterten Behandlungsmöglichkeiten entsteht eine zunehmende Ressourcenverknappung, die die Frage der Rationierung von Versorgungsangeboten aktuell werden lässt. Darüber hinaus verlagert sich die medizinische Versorgung mehr und mehr vom stationären Setting hin zu ambulanten Behandlungsangeboten. Es werden neue Modelle der Vernetzung von medizinischen Angeboten entwickelt, und die Bedeutung der Telekommunikation steigt. Auf der Ebene des Patienten etabliert sich zeitgleich ein neues Selbstverständnis. Der heute besser informierte Patient will stärker an den Entscheidungsprozessen beteiligt werden.

Mit der steigenden Anzahl von Patienten mit chronischen Erkrankungen nimmt auch die Bedeutung der Rehabilitation zu. Das Themenheft stellt mit insgesamt zwölf Beiträgen wichtige aktuelle Weiterentwicklungen der Rehabilitation in Deutschland dar.

Martin Härter, Jörg Dirmaier (Heft-Hg.)

Klinische Diagnostik und Evaluation, Schwerpunktthema:  
**Klinische Diagnostik  
„Patientenorientierung Patientenbeteiligung“**

Vandenhoeck & Ruprecht, 1/2011,  
ISSN 1864-6050, 24,90 Euro

Die Interaktion zwischen Patient und Arzt wird als ein wesentlicher Faktor für eine patientenorientierte, individuelle Behandlung angesehen. Durch eine verstärkte Beteiligung der Patienten an ihrer Behandlung kann sie sich so beispielsweise auch positiv auf den Behandlungsverlauf auswirken. Patienten wünschen sich zudem Behandlungen, die ihre persönlichen Präferenzen berücksichtigen. Eine partizipative Entscheidungsfindung (vgl. vffr-news Nr. 07) kann zu

realistischeren Erwartungen der Patienten über den Therapieverlauf, zu höherer Patientenzufriedenheit, zu einer verbesserten Therapietreue und zu verbesserten Behandlungseffekten führen. Das Schwerpunktthema gibt einen systematischen Überblick über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Diagnostik und Evaluation der partizipativen Entscheidungsfindung.



Einen internationalen Überblick zum Thema „Shared Decision Making“ gibt darüber hinaus das von Martin Härter, Trudy van der Weijden und Glyn Elwyn herausgegebene aktuelle Themenheft der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ, Heft 4/2011).

## Termine 2011 / 2. Hj

- 12.07.2011 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.  
„Epidemiologie psychosozialer Belastungen und Störungen in der onkologischen Versorgung“ (PD Dr. Anja Mehnert, Hamburg). Ort: Institut für Medizinische Psychologie, UKE. Zeit: 15:30-17.00.
- 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](mailto:ruth.deck@uk-sh.de).
- 31.08.2011 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.  
„Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen aus der Perspektive der Evidenzbasierten Medizin“ (Prof. Dr. J. Windeler, Köln). 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](mailto:claudia.kapahnke@drv-nord.de).
- 13.09.2011 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern**.  
Oberthema „Fachkräftemangel in der Rehabilitation“. Programm und Veranstaltungsort standen zu Redaktionsschluss noch nicht fest. Infos demnächst unter: [www.reha-vffr.de](http://www.reha-vffr.de) oder bei Dr. Peter Kupatz (Rehaklinik „Moorbad“, Bad Doberan), Mail: [kupatz@moorbad-doberan.de](mailto:kupatz@moorbad-doberan.de)
- 15.-17.09.2011 **Tagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)** in Rostock.  
„Medizinische Psychologie in Rostock: Mit frischer Brise“. Ort: Universität Rostock, Hörsaal im Zentrum für Nervenheilkunde (Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock). Info: [www.dgmp-jahrestagung.de](http://www.dgmp-jahrestagung.de).
- 21.-23.09.2011 **Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS)** in Bremen.  
„Prävention sozial und nachhaltig gestalten“. Ort: Universität Bremen (Bibliothekstraße 1, 28359 Bremen). Infos: [www.dgsmp-dgms-2011.de](http://www.dgsmp-dgms-2011.de).
- 22.-24.09.2011 **5. Summerschool der AG Methoden der DGRW in Kooperation mit dem vffr** in Hamburg. "Methodische Grundlagen in der Rehabilitationsforschung". Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Information: Dr. Claudia Lehmann, Tel. 040/7410-57739, E-Mail [dgrw@uke.de](mailto:dgrw@uke.de). Inffolyer unter: [www.dgrw-online.de](http://www.dgrw-online.de).
- 20.-22.10.2011 **10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung** des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. und **18. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel Epidemiologie e.V.** in Köln. „Arzneimittelversorgung: Qualität und Effizienz“. Ort: Maternushaus. (Kardinal-Frings-Straße 1-3, 50668 Köln). Infos: [www.dkvf2011.de](http://www.dkvf2011.de).
- 14.11.2011 **6. Reha-Symposium des vffr** in Greifswald.  
Thema „Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen“. Nähere Informationen demnächst unter [www.reha-vffr.de](http://www.reha-vffr.de).
- 16.11.2011 **Sozialmedizinisches Kolloquium** in Lübeck.  
„Sektorenübergreifende Qualitätssicherung“ (Prof. Dr. J. Szecsenyi, Heidelberg). 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](mailto:claudia.kapahnke@drv-nord.de).
- 24.11.2011 **Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** in Lübeck.  
„Adipositas und Reha-Nachsorge“ (D. Laniewicz, Bad Malente). Ort: Institut für Sozialmedizin (s.o.). Zeit: 16:15-17:45 Uhr. Info: Dr. Ruth Deck, Tel. 0451/500-5847, Mail: [ruth.deck@uk-sh.de](mailto:ruth.deck@uk-sh.de).
- 29.11.2011 **Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern**.  
Oberthema „Fachkräftemangel in der Rehabilitation“. Programm und Veranstaltungsort standen zu Redaktionsschluss noch nicht fest. Infos demnächst unter: [www.reha-vffr.de](http://www.reha-vffr.de) oder bei Dr. Peter Kupatz (Rehaklinik „Moorbad“, Bad Doberan), Mail: [kupatz@moorbad-doberan.de](mailto:kupatz@moorbad-doberan.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](http://www.reha-vffr.de)**



## **IMPRESSUM**

### **Herausgeber:**

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

### **Bearbeitung:**

Sven Rabung, Ruth Deck, Jörn Mook, 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 2011.

Bisher erschienene Ausgaben der „vffr-news“ können jeweils kostenlos über die vffr-Homepage ([www.reha-vffr.de](http://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)**