

Themen in dieser Ausgabe:

- Mitteilungen des vffr
- Neue Gesichter
- Beiträge aus der Praxis
- U. v. m.

In dieser Ausgabe:

Neues aus dem vffr	2
AK Reha- Vorstellung, Rück- blick und Ausblick	8
MBOR bei Ge- werbedermatosen	11
Demografischer Wandel in der Erwerbs- bevölkerung	14
Chronifizierungs- prozesse, Behand- lungswege und Bedarfe bei Patien- ten mit Angst- und depressiven Erkrankungen	17
Rückblick: 6. Interdisziplinä- res Reha- Symposium in Greifswald	19
Veranstaltungen, Neuerscheinungen & mehr	23
Impressum	26

vffr-news - 2 x 3 macht 4... widewidewitt und Drei macht Neune

Liebe Leserinnen und Leser,

mit der vorliegenden neunten Ausgabe der vffr-news, dem Mitteilungsorgan des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e. V. (vffr) erhalten Sie Neuigkeiten und aktuelle Informationen zur Rehabilitation und Rehabilitationswissenschaften, besonders im norddeutschen Raum. Aus dem vffr gibt es einige Neuigkeiten zu berichten: Zunächst stellen wir Ihnen in der zweiten Ausgabe 2011 Forschungsprojekte vor, die in diesem Jahr zur Förderung durch den vffr zugelassen wurden. Außerdem weisen wir Sie auf Publikationen und Kongressbeiträge hin, die aus vffr-geförderten Projekten im letzten Jahr entstanden sind. Die neue personale Besetzung der beiden regionalen Methodenzentren möchten wir dazu nutzen, Ihnen die Arbeit der Methodenzentren generell, aber auch die beiden neuen Mitarbeiterinnen, Frau Dipl.-Psych. Ines Buchholz und Frau Dr. Angela Buchholz, vorzustellen. Abschließend erhalten Sie einen Einblick in die diesjährigen Veranstaltungen und die Gesamtstruktur des Arbeitskreises Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern von Frau I. Buchholz und Herrn Dr. Kupatz.

An inhaltlichen Beiträgen erwarten Sie in dieser Ausgabe drei spannende Artikel. Zunächst wird durch Herrn Dr. Buhles und Kollegen ein Konzept zur Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) von Gewerbedermatosen vorgestellt, welches seit Jahren in der Nordseeklinik Westerland/Sylt durchgeführt wird.

Im zweiten Beitrag erläutern Frau Dr. Glaser-Möller und Kollegen, welche Anforderungen durch den demographischen Wandel an die zukünftige Gestaltung der Rehabilitation gestellt werden. Als Reaktion darauf wurde am Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck unlängst von der Deutschen Rentenversicherung Nord eine Stiftungsprofessur eingerichtet, deren Aufgabe es sein wird, sich mit dem Thema Rehabilitation und Arbeit gesondert auseinander zu setzen.

Frau Dipl.-Psych. Hanne Melchior stellt im dritten Beitrag ein Projekt vor, in dem Chronifizierungsprozesse von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen in der psychosomatischen Rehabilitation genauer beleuchtet werden. Nach einer Ist-Analyse sollen in diesem Projekt Möglichkeiten einer Nachsorge-Koordination durch telefonische Unterstützung der Patienten evaluiert werden. Wir sind gespannt auf die Ergebnisse dieses spannenden Projekts!

Rückblickend möchten wir Ihnen auch vom diesjährigen Reha-Symposium des vffr unter dem Thema „Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen – Probleme und Lösungen“ berichten. Abschließend finden Sie eine Auswahl an Tagungsankündigungen und einen Veranstaltungskalender für das kommende Halbjahr.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen ein schönes Weihnachtsfest sowie ein gesundes und erfolgreiches neues Jahr 2012!

Dr. Angela Buchholz
Redaktion vffr-news



Neues aus dem vffr

Das Jahr 2011 hat einige Neuerungen im vffr mit sich gebracht, die wir Ihnen nicht vorenthalten wollen. Zunächst freuen wir uns, Ihnen diejenigen Forschungsprojekte vorstellen zu können, die in diesem Jahr zur Förderung durch den vffr zugelassen wurden. Die Projekte, die bereits Förderung durch den vffr erhalten oder erhalten haben, wurden im Jahr 2011 in Form von Publikationen und Tagungsbeiträgen präsentiert. Diese möchten wir Ihnen ebenfalls

darstellen. Auch in den regionalen Methodenzentren Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg gibt es durch einen personellen Wechsel Neues zu berichten. Wir möchten diesen Wechsel nutzen, um Ihnen nicht nur die beiden neuen Ansprechpartnerinnen, sondern auch die regionalen Methodenzentren vorzustellen. Abschließend berichten wir Ihnen aus dem Arbeitskreis Reha in Mecklenburg-Vorpommern.

Vorstellung neuer vffr-geförderter Projekte

In den ersten neun Monaten des vergangenen Jahres wurde für drei neue Forschungsprojekte eine Förderung durch den vffr bewilligt. Inhaltlich und methodisch wird ein breites Spektrum an Themen mit Relevanz für die Rehabilitationsforschung und -praxis deutlich. Dies zeigt auch,

dass Forschung mit den unterschiedlichsten Schwerpunkten durch den vffr gefördert werden kann. Wir möchten Sie daher an dieser Stelle ermutigen, sich mit Ihren Forschungs-ideen an uns zu wenden!

Effekte einer psychoonkologisch-psychoedukativen Gruppenintervention für krebserkrankte Eltern auf die Lebensqualität innerhalb der Familie im Rahmen der ambulanten, psychoonkologischen Nachsorge

Projektleiter	Rainer Simeit, Cristl Rehmenklau-Bremer
Einrichtung	Beratungsstelle Phönixx, Hamburg
Projektnr.	157
Hintergrund	In der Literatur gibt es eine Reihe an Ergebnissen, die zeigen, dass sich eine elterliche Krebserkrankung belastend auf die Lebensqualität und die psychische Verfassung der Familie insgesamt, der Erwachsenen und auch der Kinder auswirkt. Die Evaluation kind- oder familienzentrierter Interventionen wurde in der Forschung bislang vernachlässigt.
Zielsetzung/ Fragestellung	Als Hauptfragestellung soll untersucht werden, ob die Teilnahme an einer psychoonkologisch-psychoedukativen Gruppenintervention für Eltern, die selbst oder deren Partner an Krebs erkrankt sind, die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Familie fördert. Darüber hinaus wird den Fragen nachgegangen, welche Variablen beobachtete Veränderungen in der Lebensqualität beeinflussen, ob sich die Ergebnisse der Gruppenintervention unterscheiden, wenn sie mit den Kindern oder mit den Eltern durchgeführt werden und schließlich, ob es einen Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Teilhabe am Berufsleben bei den berufstätigen Eltern gibt.
Methodik	Es soll eine kontrollierte Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten durchgeführt werden. Die Interventionsgruppe (krebserkrankte Erwachsene und / oder deren Partner mit Kindern im Alter zwischen 5 und 12 Jahren = Elterngruppe) erhält eine psychoedukative / psychoonkologische Gruppenintervention; die Kontrolle erfolgt durch eine Wartegruppe und wird vor der Intervention rekrutiert. Eine Fallzahl von N=67 pro Gruppe ist vorgesehen. Darüber hinaus kann ein Vergleich mit einer bereits laufenden Gruppe, bei der die Kinder krebserkrankter Eltern (= Kindergruppe) an einer Gruppenintervention teilnehmen, vorgenommen werden. Die Zielkriterien gesundheitsbezogene Lebensqualität (primär), Qualität der Kommunikation und spezifische Belastung durch die Krebserkrankung (sekundär) werden zu vier Messzeitpunkten erhoben. Der Vergleich erfolgt für die jeweiligen Messzeitpunkte mit unterschiedlichen Gruppen. Vor und nach der Intervention können alle drei Gruppen (Kontrolle, Erwachsenengruppe, Kindergruppe) miteinander verglichen werden, 6 Monate nach der Intervention Elterngruppe und Kontrollgruppe und 9 Monate nach der Intervention Elterngruppe und Kindergruppe.
Relevanz für die Praxis	Die wenigen vorhandenen Studien zu familienzentrierten Interventionen zeigen positive Einflüsse auf die Lebensqualität, die familiäre Kommunikation und die psychische Befindlichkeit. Die Teilnahme an einer psychoonkologisch-psychoedukativen Gruppenintervention für Eltern, die selbst oder deren Partner an Krebs erkrankt sind, kann die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Familie fördern.



Entwicklung einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Prof. Dr. Sylke Andreas, Prof. Dr. Holger Schulz und Anna Levke Brütt

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE Hamburg

158

Wicker-Klinik, Bad Wildungen, Curtius Klinik Bad Malente

Projektleiter

Einrichtung

Projektnr.

Beteiligte
Einrichtungen/
Kooperationen

Hintergrund

Menschen mit psychischen Störungen beanspruchten etwa $\frac{1}{8}$ der 2008 in Deutschland durchgeführten stationären Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. Hinzu kommt, dass durch die Gefahr einer Chronifizierung bzw. Wiedererkrankung etwa 28 % der Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen erfolgen. Teilhabestörungen existieren allerdings nicht nur im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung, sondern entfalten sich in allen Lebensbereichen. Nicht nur die Einschränkungen für die Betroffenen, sondern auch der erhöhte Kostenfaktor machen eine effektive und effiziente Gestaltung dieses Versorgungssektors zu einer besonderen Herausforderung für das Gesundheitssystem.

Es soll eine Checkliste entwickelt werden, die Patienten mit erhöhtem Risiko einer Beeinträchtigung in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach Beendigung der stationären Behandlung identifizieren kann. Hierfür wird anhand vorliegender Daten untersucht, ob sich nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation typische Verlaufsmuster von Aktivitäten und Partizipation ergeben, die auf spezielle Risiken oder förderliche Faktoren für den längerfristigen Erfolg hinweisen. Die Checkliste soll ein mehrdimensionales Risikoprofil, das alle Dimensionen der ICF umfasst, abbilden können. Die Checkliste besteht aus einem Teil, der von Betroffenen und einem Teil, der von Therapeuten ausgefüllt wird.

Zielsetzung/
Fragestellung

Um potentielle Risiken für einen weniger erfolgreichen Verlauf nach psychosomatischer Reha zu identifizieren werden unterschiedliche Strategien verfolgt:

Methodik

1. Systematische Literaturrecherchen (Katamnesestudien, Nachsorgeprogramme)
2. Daten eines laufenden Projekts werden hinsichtlich spezifischer Verlaufsmuster untersucht und Prädiktoren des poststationären Verlaufs ermittelt.
3. Patientenfokusgruppen ($N = 6$ bzw. $N_{\text{gesamt}} = 36$) zum Thema Ressourcen und Barrieren nach der Reha. Hierfür werden teilnahmebereite Rehabilitanden zuvor in drei Gruppen „verbessert“, „gleich geblieben“, „verschlechtert“ eingeteilt. Mit jeder Untergruppe werden in den beiden Kliniken leitfadengestützte Gespräche über förderliche oder hinderliche Faktoren für den Transfer geführt.
 1. Fokusgruppen mit Experten zu transferförderlichen bzw. hinderlichen Faktoren ($N_{\text{gesamt}} = 12$)
 2. Expertenworkshop mit 12 Vertretern aus Reha-Kliniken, DRV Nord und Patientenverbänden.

In den einzelnen Arbeitsschritten werden mögliche Prädiktoren identifiziert und im Konsensusverfahren zu einer Risikocheckliste zusammengestellt.

Die ermittelten Risikoprofile sollen einen Beitrag dazu leisten, die langfristige Wirksamkeit von Rehabilitationsbehandlungen zu verbessern, indem frühzeitig am Bedarf orientierte Interventionen durchgeführt werden können, die schließlich die erfolgreiche Rückkehr in den Alltag erleichtern.

Relevanz für die
Praxis



Nachsorge über ein Internet-Forum in der verhaltensmedizinischen Orthopädie: Überprüfung von Praktikabilität und Akzeptanz – Phase A - Pilotstudie

Projektleiter	PD Dr. phil. D. Benninghoven, S. Pfaudler
Einrichtung	Mühlenbergklinik - Holsteinische Schweiz
Projektnr.	159
Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationen	xxx-well.com (zur Gestaltung der Internetseite); PD Dr. T. Berger, Universität Bern (Kommunikationswissenschaft); Dr. Theissing, Böklund (liveonline)
Hintergrund	Medizinische Reha-Maßnahmen sind wirksam, ihre Erfolge aber in den seltensten Fällen nachhaltig. Aus diesem Grund werden seit einiger Zeit vielfältige Nachsorgemodelle bzw. -strategien entwickelt und erprobt. Die einfache Verfügbarkeit und Zugänglichkeit haben dazu beigetragen, dass in jüngerer Vergangenheit internetbasierte bzw. telemedizinische Nachsorgekonzepte entwickelt wurden. Die bereits vorliegenden Ergebnisse sind ermutigend, wenngleich eine abschließende Bewertung sicher noch nicht möglich ist.
Zielsetzung/ Fragestellung	Die Wirksamkeit eines internetbasierten Nachsorgekonzepts, welches physiotherapeutische und psychologische Elemente beinhaltet, soll in einem kontrollierten Design untersucht werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Interventionsgruppe vorab definierte Reha-Ziele besser umsetzen kann und damit einhergehend eine höhere erwerbsbezogene Leistungsfähigkeit und dadurch auch eine bessere subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit erreicht als eine Kontrollgruppe im Standardverfahren. In der hier vorgelegten Phase A des Projekts soll die Machbarkeit des Projekts überprüft werden.
Methodik	Für die Überprüfung der Machbarkeit wird eine prä-post-Untersuchung mit einer Interventionsgruppe durchgeführt. Eingeschlossen werden orthopädische Rehabilitanden der Abteilung Verhaltensmedizin, die über Internetzugang verfügen und Interesse an internetbasierter Nachsorge haben. Für die Machbarkeitsstudie können 28 Rehabilitanden, mit denen ein prä-post-Vergleich im gegebenen Zeitrahmen möglich ist, eingeschlossen werden. Am Ende der stationären Rehabilitation werden mit den Rehabilitanden in einem persönlichen Gespräch mit Psychologe und Physiotherapeut die poststationären Ziele definiert. Festgelegt wird jeweils ein Ziel aus dem psychologischen und dem physiotherapeutischen Bereich, welches der Rehabilitand 6 Monate nach der Reha erreicht haben will. Die Zielerreichung wird in Stufen operationalisiert und schriftlich dokumentiert. In der letzten Reha-Woche werden die Rehabilitanden hinsichtlich der Nutzung des Internet-Forums geschult, nach der Reha findet ein wöchentlicher Austausch im Rahmen von Internetforen über die Umsetzung der vereinbarten Nachsorgeziele statt. Die Reaktion der Therapeuten erfolgt spätestens am darauf folgenden Wochentag. Die Einschätzung der Rehabilitanden hinsichtlich der bisherigen Zielerreichung erfolgt monatlich. Eine abschließende Beurteilung der Zielerreichung wird nach sechs Monaten erfragt. Da davon ausgegangen werden kann, dass das Erreichen der persönlichen Nachsorgeziele einen Einfluss auf die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit hat, wird diese als Hauptzielkriterium definiert. Darüber hinaus werden verschiedene Nebenzielkriterien zu berufs- und gesundheitsbezogenen Bereichen erfasst.
Relevanz für die Praxis	Das Internet bietet die Möglichkeit, Patienten auch in psychosozial unterversorgten Regionen mit Nachsorge-Angeboten zu erreichen. Die Mehrzahl der internetbasierten Angebote ermöglicht eine hohe zeitliche Flexibilität für den Benutzer und erleichtert eine langfristige Betreuung, z. B. bei chronischen Krankheitsverläufen.



Publikationen und Vorträge aus dem vffr

- Die Wirksamkeit kardialer Rehabilitation in Deutschland: Eine systematische Literaturübersicht von 1990 bis 2004** Projekt 72
 Mittag, O., Schramm, S., Böhmen, S., Hüppe, A., Meyer, T. & Raspe, H. (2011). Medium-term effects of cardiac rehabilitation in Germany: Systematic review and meta-analysis of results from national and international trials. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 18(4), 587-693.
- Der Einfluss eines Gedächtnistrainings auf den Therapieerfolg einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bei alkoholabhängigen Menschen** Projekt 91
 Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G. & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3):307-318.
- Implementation und Evaluation eines internetbasierten Programms zur Förderung der Rauchabstinenz bei Patienten nach stationärer Rehabilitation.** Projekt 114
 Haug, S., Meyer, C., & John, U. (2011). Efficacy of an internet program for smoking cessation during and after inpatient rehabilitation treatment: a quasi-randomized controlled trial. *Addictive Behaviors*, 36, 1369–1372.
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) in Klein- und Mittelbetrieben, insbesondere des Handwerks - Wirkungen und Erfolgsfaktoren: Erstellung eines standardisierten Programms** Projekt 119
 Tauscher, A., Seider, H. & Ramm, D. (2011). Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben - ökonomische Aspekte, Teil II. *Forum B Beitrag 2/2011* auf www.reha-recht.de.
 Mahnke, C. & Ramm, D. (2011). Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben - psychologische Aspekte. *Forum B Beitrag 3/2011* auf www.reha-recht.de
- Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts des SGB IX, § 9 für die medizinische Rehabilitation – eine empirische Analyse.** Projekt 128
 Pohontsch, N., Raspe, H., Welti, F., & Meyer, T. (2011). Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts des SGB IX, § 9 für die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. *Rehabilitation*, 50(4), 244-250.
- Liveonline-Nachbetreuung von Patienten mit Adipositas nach einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme** Projekt 133
 Theissing, J., Deck, R., & Raspe, H. (2011). Internetbasierte audiosynchrone Nachsorge bei Patienten mit abdomineller Adipositas. *30. Jahrestagung Klinische Psychologie in der Rehabilitation vom 14.-16. Oktober 2011 in Erkner*. Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (BDP), Tagungsband, S. 81-85.
- Patienten-Edukations-Programm Immuntherapie für MS-Patienten (PEPIMS)** Projekt 140
 Heesen, C., Solari, A., Giordano, A., Kasper, J., & Köpke, S. (2010). Decisions on multiple sclerosis immunotherapy: New treatment complexities urge patient engagement. *Journal of the Neurological Sciences*, 306, 192-197.
- Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanten Versorgung** Projekt 146
 Pohontsch, N., & Deck, R. (2010). Überwindung von „Schnittstellenproblemen“ in der medizinischen Rehabilitation. *Monitor Versorgungsforschung*, 6, 40-43.
 Pohontsch, N., & Deck, R. (2011). Schnittstellenproblematik in der rehabilitativen Versorgung. *Neuroreha*, 3, 114-119.



Überblick: Die regionalen Methodenzentren

Mitte diesen Jahres haben sich die langjährigen Mitarbeiter des vffr, Herr Dr. Sven Rabung und Herr Dr. Jörn Moock, neuen Arbeitsschwerpunkten zugewandt. An dieser Stelle sei Ihnen noch einmal sehr herzlich für Ihre engagierte und erfolgreiche Mitarbeit und Unterstützung des vffr gedankt! Zudem möchten wir ihnen alles Gute für Ihre neuen Aufgaben wünschen.

Im September 2011 wurden die regionalen Methodenzentren nun neu durch uns, Frau Diplom-Psychologin Ines Buchholz und Frau Dr. Angela Buchholz, besetzt. Wir möchten diesen Personalwechsel gern zum Anlass nehmen, Ihnen uns und unsere Aufgaben als Methodenzentren des vffr vorzustellen.

Der vffr hat seit seiner Gründung vor allem zum Ziel, klinisch arbeitende Kollegen und wissenschaftlichen Nachwuchs darin zu ermutigen und zu unterstützen, ihre Forschungsfragen in konkrete Forschungsfragen und -projekte umsetzen und bearbeiten zu können. Um dies langfristig und kontinuierlich zu unterstützen, bietet der vffr die Möglichkeit der finanziellen Förderung von regionalen Forschungsprojekten mit Bezug zur Rehabilitation. Mit dem wissenschaftlichen Sekretariat am Institut für Sozialmedizin,

welches durch Frau Dr. Ruth Deck seit Jahren sehr tatkräftig und kompetent ausgefüllt wird, etablierte der vffr eine wichtige Förderstruktur. Das wissenschaftliche Sekretariat hat v. a. eine umfassende Beratung und Unterstützung bei der Ausarbeitung von Förderanträgen und auch der Studiendurchführung zur Aufgabe. Die regionalen Methodenzentren erweitern dieses Angebot seit der Ausdehnung des vffr auf Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern.

Aufgaben der regionalen Methodenzentren

Die Unterstützung durch die regionalen Methodenzentren bezieht sich - je nach Bedarf der Antragssteller - auf alle Phasen der Durchführung einer wissenschaftlichen Untersuchung. Dazu gehören im Einzelnen:

- die Umsetzung einer Forschungsfrage in eine Antragsskizze,
- bei Bewilligung der Skizze die Ausarbeitung des Antrags unter Berücksichtigung der Kommentare aus dem vffr-Vorstand,
- die Abfassung eines Studienprotokolls,
- die Auswahl geeigneter Messinstrumente und einer Auswertungsstrategie,

- die Planung des Datenmanagements und -monitorings,
- die Ausarbeitung von Zwischen- und Abschlussberichten,
- die Manuskripterstellung für geplante Veröffentlichungen.

Nun laden wir Sie ein, unsere Unterstützung bei der Umsetzung Ihrer Forschungsfragen in Anspruch zu nehmen und freuen uns auf eine produktive Zusammenarbeit! Auf der folgenden Seite finden Sie nun noch eine persönliche Vorstellung unser bisherigen Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte.

Ines Buchholz & Angela Buchholz

Kontakt

Methodenzentrum Hamburg

Dr. Angela Buchholz, Dipl.-Psych.
 Institut & Poliklinik für Medizinische Psychologie
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistr. 52, Haus W26,
 20246 Hamburg
 Telefon: 040/7410-57705
 Fax: 040/7410-54940
 E-Mail: a.buchholz@uke.de

Methodenzentrum Mecklenburg-Vorpommern

Dipl.-Psych. Ines Buchholz
 Abteilung Methoden der Community Medicine
 Universität Greifswald
 Walter Rathenau Str. 48,
 17475 Greifswald
 Tel. 03834/ 86 7780
 Fax. 03834/ 86 7766
 E-Mail: ines.buchholz@uni-greifswald.de

Im Portrait: Die regionalen Methodenzentren



Ines Buchholz in Mecklenburg-Vorpommern



Seit Beendigung meines viereinhalbjährigen Psychologiestudiums an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald arbeite ich als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Community Medicine in der

Abteilung Methoden der Community Medicine. Dort bin ich seit 2 Jahren beschäftigt. Zu meinen Tätigkeitsfeldern gehören Lehraufgaben (Durchführung von Seminaren und Vorlesungen, Betreuung von Studierenden und Doktoranden) und die Mitarbeit an Forschungsprojekten. Mein inhaltlicher Arbeitsschwerpunkt liegt im Bereich von „Reha-

Darüber hinaus beschäftige ich mich mit der Messung von patientennahen Indikatoren des Gesundheitszustandes (subjektive Gesundheit) und der körperlichen Funktionsfähigkeit (EFL). Durch den Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern wie den an unseren Projekten beteiligten Kooperationspartnern hat das Institut für Community Medicine zahlreiche Kontakte zu regionalen und überregionalen (Reha-)Medizinern und Psychologen. Diese sind bei der Lokalisierung von Forschungsinteressen und bestehenden Forschungsinitiativen sowie der Anregung von Forschungsvorhaben sehr hilfreich. Neben meiner beratend- unterstützenden Tätigkeit im Rahmen des vffr Methodenzentrums M-V ermutige und motiviere ich potentielle Antragsteller zur Umsetzung ihrer Forschungsideen und trage aktiv zur Bekanntmachung des Fördervereins bei. Ich freue mich auf vielseitige Projektinhalte, herausfordernde methodische Fragestellungen und die gemeinsame Gestaltung des vffr-Newsletters mit meiner (nicht verwandten) Kollegin Angela Buchholz.

Angela Buchholz in Hamburg



Nach beruflichen Stationen in Münster, Amsterdam und zuletzt Freiburg hat es mich wieder in den Norden Deutschlands und näher ans Meer gezogen: Ich bin seit September 2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin am

Institut für medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und leite dort die Arbeitsgruppe Sucht und Rehabilitationsforschung. Ich freue mich sehr, dass auch die Betreuung des vffr - Methodenzentrums Hamburg zu meinen Aufgabenbereichen gehört. Denn bereits während meines Psychologiestudiums in Münster habe ich mich für methodische, insbesondere psychometrische, Fragestellungen interessiert. Auch mit der Rehabilitationsforschung bin ich in meiner bisherigen Arbeit in

Berührung gekommen: Vor allem mit Bezug zu substanzbezogenen Störungen habe ich mich mit der Umsetzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und der Entwicklung von störungsspezifischen Messinstrumenten beschäftigt. In den letzten Jahren war ich an mehreren Studien zur Evaluation von Ärztefortbildungen zur partizipativen Entscheidungsfindung beteiligt, zuletzt als Forschungskoordinatorin am Lehrbereich Allgemeinmedizin in Freiburg. Ein Großteil meiner dortigen Arbeit bezog sich auf die methodische und inhaltliche Beratung der Doktoranden und wissenschaftlichen Mitarbeiter. Zusätzlich zu meiner wissenschaftlichen Tätigkeit befinde ich mich seit 2009 in Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. In meinen Arbeitsbereich beim vffr fällt neben der Methodenberatung auch die redaktionelle Arbeit für den vffr-Newsletter. Ebenso wie meine Kollegin Ines Buchholz freue mich sehr auf eine spannende, vielseitige und lehrreiche Tätigkeit bei der Unterstützung der vom vffr geförderten Forschungsvorhaben und bei der redaktionellen und inhaltlichen Gestaltung der vffr-news.



Der Arbeitskreis Reha-Wissenschaften in Mecklenburg-Vorpommern

Von Ines Buchholz und Dr. Peter Kupatz

Der Arbeitskreis Reha-Wissenschaften

Der Arbeitskreis Reha-Wissenschaften Mecklenburg-Vorpommern ist ein nicht statuerter Zusammenschluss von interessierten Kollegen aus dem Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Mecklenburg-Vorpommerns, die an den Problemen der Rehabilitationswissenschaft interessiert sind. Die Gründung erfolgte im Jahre 2006 mit Unterstützung der Universitäten Greifswald und Rostock sowie der Deutschen Rentenversicherung Nord in der Tradition des rehabilitationswissenschaftlichen Arbeitskreises Schleswig-Holstein. Neben der Planung und

Durchführung von Rehabilitationsforschung und der Transmission von Forschungsergebnissen in die Praxis stellt der Arbeitskreis Reha-Wissenschaften Mecklenburg-Vorpommern auch die einzige Plattform zur Diskussion von praktischen Fragen der Rehabilitation (z. B. Umsetzung von Leitlinien, Arbeitszeitgesetzregelungen, Fachkräftemangel etc.) sowie eine Kommunikationsbasis für *best-practice* Modelle (z. B. Arztbriefschreibung etc.) dar. Darüber hinaus waren bisher auch Fragen der Ökonomie und der Zukunft der Rehabilitation Themen der Arbeitskreis-Treffen.

„Rund um die
A 19“



Organisatorisches

Der Arbeitskreis trifft sich vier Mal jährlich jeweils dienstags und wird von einer Steuerungsgruppe geleitet. Sprecher des Arbeitskreises sind Herr Professor Dr. Thomas Kohlmann (Institut für Community Medicine, Universität Greifswald) und Herr Dr. Peter Kupatz (Rehabilitationsklinik "Moorbad" Bad Doberan). Frau Gaby Aurell ist für die Schriftführung (Adressenliste, Einladungs- und Protokoll-

versand) verantwortlich. Um Teilnehmern aus allen Landesteilen Mecklenburg-Vorpommerns das Erreichen des Arbeitskreises zu ermöglichen, fanden die bisherigen 19 Treffen "rund um die A19" statt. Die Besuche des Arbeitskreises sind beitragsfrei. Es gibt keine eingeschriebenen Mitglieder. Die gastgebenden Einrichtungen bewirteten die Gäste.



...Fortsetzung von Seite 8

Thema der diesjährigen Veranstaltungen

Der Arbeitskreis Reha-Wissenschaften M-V steht in jedem Jahr unter einem aktuellen Reha-relevanten Thema. Vor dem Hintergrund, dass in vielen Bereichen der Rehabilitation Stellen dauerhaft unbesetzt bleiben oder nur behelfsweise besetzt werden können, war das Problem *Reha trotz Fachkräftemangel* Gegenstand der diesjährigen vier Treffen. Es referierten u. a. Dr. Jürgen Höder, Herr Norman Drewes und Frau Dipl.-Pflegerin Daniela Oertel zu den Themen *Neue Aufgaben und Rollenverteilungen in der Rehabilitation*, *Einsatz eines Medizinischen Dokumentars in einer Rehabilitationsklinik - einjähriger Erfahrungsbericht*, und *Zur Situation der Pflege in der Rehabilitation - der duale Studiengang Pflege-Management / Pflegewissenschaften*.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass die bestehenden Anforderungen nur durch eine starke Vernetzung aller am Rehabilitationsprozess Beteiligten bewerkstelligt werden können. Wo Bereiche zu verzahnen sind und ein gegenseitiger Austausch fachlich wie organisatorisch unumgänglich ist, müssen Fachkräfte her, die gerade an diesen Schnittstellen ein reibungsloses Arbeiten ermöglichen. Für Datenaufbereitung und Datentransfer haben sich Medizinische Dokumentare als hilfreich erwiesen. Auch konnte dargelegt werden, dass sich Personen aus dem Feld des Kranken- / Gesundheits- und Pflege-managements für die Delegation von Aufgaben eignen.

Das 20. Treffen des AK Reha-Wissenschaften M-V

Das 20. Treffen des Arbeitskreises Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern fand am 21.11.2011 im Ambulanten Reha-Zentrum Schwerin statt, das neben dem Zentrum für ambulante Rehabilitation (ZaR) in Rostock und der Medigreif Parkklinik GmbH in Greifswald als zugelassene Einrichtung für die ambulante orthopädische Rehabilitation von Versicherten der Deutschen Rentenversicherung im Bundesland fungiert. Leistungsfähigkeit, Spezifität und Probleme der ambulanten Rehabilitation wurden dargestellt und diskutiert. In Weiterverfolgung des Jahresthemas referierte

Frau Dipl.-Psych. Bemann zum Berufsbild des Rehabilitations-Psychologen und gab neben Informationen zum Studiengang auch einen einjährigen Erfahrungsbericht aus der Praxis. Der Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Herr Dr. med. Andreas Crusius, sprach zum Thema der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen in der Rehabilitation. Auch nahm er Stellung zu aktuellen Problemen, die sich durch die Weiterbildungsordnung von 2005 für die ärztliche Weiterbildung in der Rehabilitation im Bundesland ergeben haben.

**„Reha trotz
Fachkräftemangel“**

Verbesserungsmöglichkeiten

Anders als sein besser angenommener Zwilling wird der Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften M-V zunehmend schlechter besucht. Aufgrund dieser geringen Resonanz wurde für die nächsten Treffen die Rehabilitationsklinik „Moorbad“ Bad Doberan als fester Standort gewählt. Trotz hochkarätiger Referenten - wie beispielsweise Herrn Dr. Rolf Buschmann-Steinhage von der Deutschen Rentenversicherung Bund - gelang es uns nicht, die Räumlichkeiten zu füllen. Sicherlich spiegeln sich auch die Nachteile des Flächenlandes (weite Wege, lange Anfahrtszeiten) und der Fachkräftemangel

(eigener Zeitmangel und auch die Unmöglichkeit der Delegation von Mitarbeitern) hierin wieder. Um das Bestehen des Arbeitskreises Reha-Wissenschaften M-V zu sichern, bitten wir Sie, liebe Leserinnen und Leser, uns Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Wir freuen uns sehr über Ihre Anregungen und Hinweise. Ihre Leserbriefe können Sie postalisch oder per Mail an die Redaktion der vffr-news oder an die am Ende dieses Artikels genannten Kontaktadressen senden. Vielen Dank!



Ausblick auf 2012

Da mit dem 20. Treffen dann alle Reha-Einrichtungen „rund um die A19“ besucht wurden, werden die Treffen ab 2012 dann an einem festen Ort im zentralen Mecklenburg-Vorpommern fortgeführt. Die Problematik des Fachkräftemangels wird den Arbeitskreis weiter beschäftigen. Zur Situation des Arbeitsmarktes für Professionen der Rehabilitation wird Herr Christoph Möller von der Agentur für Arbeit Rostock referieren. Weitere Themen werden die Umsetzung des Bologna-Prozesses und die Akademisierung der Heilberufe bzw. die Anerkennung von beruflichen Qualifikationen von Migrant*innen sein. Reha-wissenschaftlich werden

2012 die Anwendung der ICF in verschiedenen Indikationsgebieten der Rehabilitation sowie Aspekte des *Gender Mainstreaming* in der Rehabilitation eine Rolle spielen. Und selbstverständlich werden auch 2012 wieder Tagungsberichte und Vorstellungen bzw. Ergebnisse von rehabilitationswissenschaftlichen Studien die Arbeit des Arbeitskreises prägen. Demnächst präsentiert sich der Arbeitskreis Reha-Wissenschaften Mecklenburg-Vorpommern mit einer eigenen Website auch im Internet. Zum nächsten Treffen im neuen Jahr sind wieder alle rehabilitationswissenschaftlich Arbeitenden und Interessierten herzlich willkommen.

Kontaktadressen

Gaby Aurell
Universität Greifswald
Institut für Community Medicine
Abt. Methoden der Community Medicine
Walther-Rathenau-Straße 48
17475 Greifswald
Tel.: +49 (0)3834-86-7760
Fax: +49 (0)3834-86-7766
E-Mail: gaby.aurell@uni-greifswald.de

Dr. med. Peter Kupatz
Ärztlicher Direktor
"Moorbad"
Bad Doberan
Schwaaner Chaussee 02
18209 Bad Doberan
Tel.: +49 (0)38203 93-604
Fax: +49 (0)38203 93-650
E-Mail: kupatz@moorbad-doberan.de

„MOORBAD“ BAD DOBERAN



Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation von Gewerbedermatosen

Von Dr. Norbert Buhles, Dr. Werner Kurrat und Dr. Nathalie Glaser-Möller

Die Klinik für Dermatologie und Allergologie auf Sylt hat für Versicherte mit Gewerbedermatosen ein Konzept der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) entwickelt und praktiziert es seit mehr als einem Jahrzehnt zu Lasten der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) und der Deutschen Rentenversicherung. Hauptbestandteil der der-

matologischen MBOR ist der individuelle tätigkeitsgeprüfte Hautschutzplan und die ausführliche interdisziplinäre Schulung der Patienten im Einsatz dieses Hautschutzplans. Dieser Artikel beschreibt das Konzept und zeigt, wie die Sicherstellung der Teilhabe im Erwerbsleben auch im Bereich Dermatologie / Allergologie durch die dermatologische MBOR ermöglicht wird.

Indikationen

Zielgruppen sind Versicherte mit Verdacht auf Berufs- oder Gewerbedermatosen, gesichertem atopischen, allergischen oder degenerativen Handekzem oder sonstigen palmar / volar betroffenen Dermatosen, die zu Störungen des Greifens, Öffnens und Tragens u. ä. (gem. ICF)

führen. Bei Dermatosen wird jedoch häufig übersehen, dass nicht nur das Handekzem, sondern auch die palmare Ausprägung der Schuppenflechte häufig durch die berufliche Belastung verschlimmert wird.

Inhalte und Ablauf der dermatologischen MBOR: Der „tätigkeitsgeprüfte Hautschutzplan (TGH)“

Die Hautveränderungen werden symptomatisch abgeheilt und der Hautschutzplan wird zunächst individuell auf der Grundlage des ärztlichen Befunds und sonstiger ärztlicher Unterlagen sowie der Angaben des Patienten erstellt. Seine Verträglichkeit wird in der Karenz (ohne Belastungsexposition) getestet und seine Wirksamkeit in mehreren Belastungsschritten geprüft. Der Schutzplan kann während der Rehabilitation bei einer Vielzahl von Tätigkeiten und Berufen entweder in der Asklepios Nordseeklinik selbst oder in Kooperation mit externen Partnern auf der Insel angewandt werden (siehe Abb. 1). Der tätigkeitsgeprüfte Hautschutzplan ermöglicht eine gezielte Evaluation der beruflichen Leistungsfähigkeit und gilt für die

Deutsche Rentenversicherung als „institutionelles FCE-Modell“ (DRV-Schriften Band 44, 2003). Der TGH ermöglicht eine fundierte Aussage hinsichtlich der Prognose der arbeitsplatzbezogenen Leistungsfähigkeit und wurde diesbezüglich bereits getestet (Buhles, Scholten 2000, Buhles, Kurrat 2005). Erfahrungsgemäß sind mehr als 2/3 der Betroffenen nach der Erstellung, individuellen Schulung (durch Ärzte, Pflegepersonal, Ergotherapie) und Belastungsexposition danach in der Lage, eine positive Prognose für einen weiteren Arbeitsversuch zu erhalten (Buhles, 1999/2004). Selbst komplizierte Berufsbiografien mit offenen Verursachungsfragen können mit dem o. beschriebenen FCE-Modell geklärt werden.

Krankenhaustypische Tätigkeiten in der Asklepios Nordseeklinik (Beispiele)	Externe Kooperationen auf der Insel Sylt (für den TGH)
Reinigung Physikalische Therapie Krankenpflege/Geburtshilfe Küche Verwaltung Gartenarbeit Hausmeister Kosmetik	Friseur Zahnarzt Bäckerei/Konditorei Transportwesen Einzelhandel Tourismusbranche Bahn-spezifische Tätigkeiten Metallverarbeitung Kfz-Bereich Fahrradverleih

Abb. 1: Aktivitäten und Berufe, die auf Sylt getestet werden können

Für die Patienten, die aufgrund der Durchführung des TGH's eine negative Prognose für den Verbleib in ihrem aktuellen Berufsfeld erhalten, können schon im Heilverfahren andere mögliche Berufsfelder durch neue Hautschutzpläne geprüft werden. Dies bedeutet für den Patienten Zeitgewinn und Prognosesicherheit für Tätigkeitsalternativen.

Durch das Scheitern einer Schutzkonzeption im TGH kann der sich daraus ableitende Zwang zur Aufgabe einer schädigenden Tätigkeit über die virtuelle Wahrscheinlichkeit hinaus praktisch belegt werden. Spätestens dann ist die GUV per BK-Anzeige in ein Feststellungsverfahren einzubinden (Stichwort: Berufskrankheit).

Der Hausarztbericht

Immer wenn der Verdacht besteht, dass durch die berufliche Tätigkeit eine Hauterkrankung neu entstanden ist, bzw. eine veranlagungsbedingte Hauterkrankung verschlimmert wurde, wird ein Hautarztverfahren durch einen Hautarztbericht (HAB) bei der zuständigen Berufsgenossenschaft (BG) eingeleitet. Im Rahmen dieses Verfahrens werden nachsorgende Fachärzte mit der dermatologischen Versorgung des Betroffenen betraut und können in diesem

Rahmen notwendige Heil-, Pflege- und Schutzmaßnahmen verordnen und die regelmäßige Anwendung des TGH im beruflichen und privaten Umfeld überprüfen sowie bei Bedarf lebensaltersabhängig und belastungsorientiert therapeutisch nachjustieren. Der HAB stellt sicher, dass sekundäre und / oder tertiäre Präventionsmaßnahmen - in der Regel zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung - eingeleitet werden.

Weitere Elemente der dermatologischen MBOR

Neben der Erstellung des TGH und der Prüfung seiner Verträglichkeit und Wirksamkeit unter lebensnahen Bedingungen, ist die interdisziplinäre Schulung der Patienten im Einsatz des TGH ein essentieller Bestandteil der dermatologischen MBOR. Die Abbildung 2 schildert am Beispiel der Prüfung des PH-Werts von Arbeitsmaterialien in einer Fahrradwerkstatt, wie konkret die einzelnen Bestandteile des Hautschutzplans in Kooperationsbetrieben geübt werden. Im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes berücksichtigt die dermatologische MBOR durch geeignete diagnostische und therapeutische Maßnahmen auch eine ggf. vorhandene Komorbidität (z. B. depressive Symptomatik, metabolisches Syndrom oder orthopädische Beschwerden), die die Erwerbsfähigkeit und ggf. den Verlauf der Hauterkrankung beeinflussen kann. Schließlich sind sozialmedizinische Beurteilung und sozialberufliche Beratung wichtige Bestandteile der Heilverfahren im Auftrag der DRV Nord.



Abb. 2 rechts: PH-Wert-Messung in Arbeitsmaterialien MBOR

Rehabilitative Versorgung der Patienten: die verschiedenen Szenarien

Insgesamt ergeben sich bei den Berufsdermatosen folgende verschiedene Szenarien,

die in der Abbildung 3 (folgende Seite) zusammenfassend dargestellt wurden

Abb. 3 folgende Seite: Einzelne Szenarien der dermatologischen MBOR

Szenario I: Beruflicher Einfluss wahrscheinlich und TGH erfolgreich

→ HAB und Nachsorge im ambulanten Zentrum zu lasten der GUV/BG

Szenario II: Berufliche Verursachung wahrscheinlich und TGH ohne Erfolg

→ BK-Anzeige und Feststellungsverfahren (GUV/BG)

Szenario III: Berufliche Kausalität unwahrscheinlich und TGH erfolgreich (DRV)

→ kein HAB

→ fakultativ: Ermittlung des Bedarfs einer LTA

→ ambulante fachdermatologische Nachbetreuung

Szenario IV: Berufliche Kausalität unwahrscheinlich und TGH ohne Erfolg (DRV)

→ kein HAB

→ Prüfung während der Reha alternativer beruflicher Tätigkeiten mit entsprechendem erfolgversprechenden TGH

→ Antrag auf LTA

Nachbetreuung

Am Ende der Reha werden den Patienten mit neu erstellten individuellen Hautschutzplänen gewerbermatologisch tätige Ärzte in Heimatkunde zur regelmäßigen Weiterbetreuung benannt und deren Besuch empfohlen. Ansprechpartner im Bereich der Selbsthilfe werden den Patienten übermittelt.

In Norddeutschland fehlt jedoch in der Fläche eine dichte gewerbermatologische, hautärztliche und allergologische Versorgung. Aus diesem Grund hat sich 1988 aus der Klinik für Dermatologie und Allergologie ein Qualitätsnetz mit niedergelassenen Kollegen sowohl auf

der Insel, im Bereich des inselnahen Festlandes aber auch in Hamburg entwickelt, das helfen kann, diese Lücke zu schließen (Qualitätsnetz Nord: QNN). Bei jährlichen Treffen werden die niedergelassenen Kollegen im Sinne der Sozialmedizin, der Gewerbermatologie und des Qualitätsmanagements geschult und können somit die Patienten der Gesetzlichen Unfallversicherung mit neu erstellten individuellen Hautschutzplänen mittels des Hautarztverfahrens ambulant fachdermatologisch weiterbetreuen.

Weiterentwicklung des Angebots

Um die Nachbetreuung und Nachsorge der Patienten - vor allem nach einer Reha-Maßnahme der DRV - bedarfsgerecht zu optimieren, ist eine sorgfältige Analyse der Ergebnisse und des Behandlungsbedarfs nach der Reha notwendig. So werden die Patienten gebeten, bei stationärer Aufnahme und Entlassung sowie ca. 6 - 10 Monate danach einen Fragebogen auszufüllen. Erfasst werden (Haut-) Probleme im Umgang mit dem erlernten Haut-

schutzplan und eine Lebensqualitätseinschätzung aufgrund der Hauterkrankung. Eine entsprechende Auswertung ist Mitte 2012 geplant. Evaluationskriterien sind sowohl die Prozess- und Ergebnisqualität der MBOR als auch die Schnittstellenprobleme (DRV / GUV / GKV). Aus der Analyse erwarten die Beteiligten Anknüpfungspunkte, um die Nachsorge zu optimieren.

Literatur

Literatur zu diesem Beitrag ist über den Verfasser erhältlich.

Die Autoren

Dr. med. Norbert Buhles & Dr. med. Werner Kurrat

Klinik für Dermatologie und Allergologie in der Asklepios Nordseeklinik

Norderstraße 81, 25980 Sylt/OT Westerland

E-Mail: n.buhles@asklepios.com

Dr. Nathalie Glaser-Möller

Deutsche Rentenversicherung Nord

(Korrespondenzadresse im Impressum)



„Die
Alterstruktur
der Erwerbs-
personen
wird sich
stark
verändern“

Demographischer Wandel in der Erwerbsbevölkerung – Anforderungen an die Rehabilitation

Von Dr. Nathalie Glaser-Möller, Dr. Ruth Deck und Prof. Dr. Heiner Raspe

Demographischer Wandel und Veränderungen in der Berufswelt

Einem 2011 veröffentlichten Bericht des Innenministeriums zur Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein zufolge wird die Zahl der Erwerbspersonen nach 2015 zurückgehen und im Jahr 2025 wird es schon 55.000 Erwerbspersonen weniger geben als heute. Der in manchen Branchen bereits beobachtete Fachkräftemangel wird sich voraussichtlich noch verschärfen. Bei diesen Vorausberechnungen wurde angenommen, dass die Erwerbsquoten der Männer unter 50 Jahren in etwa konstant bleibt, die der Frauen unter 50 Jahren weiter steigt. Es wird ferner angenommen, dass bei den Älteren durch die Heraufsetzung des Renteneinstiegsalters auf 67 sowie aufgrund der eingeschränkten Zugangsvoraussetzungen zur vorgezogenen Rente die Erwerbsquoten bei Männern und Frauen deutlich ansteigen. Die Altersstruktur der Erwerbspersonen wird sich dadurch stark verändern. Während zur Zeit in etwa 28 Prozent aller Erwerbspersonen im Land älter als 50 Jahre alt sind, wird ihr Anteil 2025 voraussichtlich bei 38 Prozent liegen [1].

Allein aufgrund der altersbedingten Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität bei Beschäftigten in höherem Alter [2] müssen Maßnahmen zur Steigerung der Anzahl von Erwerbspersonen mit der gezielten Förderung der Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer einhergehen, um das Verbleiben in der Berufswelt zu gewährleisten [3]. Berufserfahrung und -wissen älterer Beschäftigter sind für die Betriebe wichtige ökonomische Ressourcen. Gleichzeitig unterliegt die Arbeitswelt einem gravierenden Wandel. Die Abbildung 1 veranschaulicht die dominanten Trends für die Erwerbsarbeit aus der Sicht der Agentur für Arbeit [4]. Dies erfordert ein Umdenken von allen Beteiligten. Arbeitgeber sind gefordert, arbeitsplatzbezogene Anpassungen für ältere Arbeitnehmer auszuloten, Arbeitnehmer in höherem Alter müssen sich durch kontinuierliche Fortbildungen an die laufenden Entwicklungen anpassen.

 Bundesanstalt für Arbeit



Abb. 1: Was wird die Erwerbsarbeit künftig prägen? Quelle: [4]

Der Stellenwert der Rehabilitation

Das Ziel der medizinischen und beruflichen Rehabilitation ist der Erhalt bzw. die Besserung der Erwerbsfähigkeit sowie der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben [5]. Dieses Ziel erhält unter den gegebenen Bedingungen eine besondere Relevanz und veränderte Schwerpunkte: Rehabilitation wird künftig vermehrt von älteren Erwerbstätigen in Anspruch genommen werden und sie muss auf die veränderten Rehabilitanden- und Arbeitsstrukturen gezielt mit passgenauen rehabilitativen und präventiven Angeboten reagieren. In diesem Zusammenhang engagiert sich die Deutsche Rentenversicherung als Leistungsträger bereits seit einiger Zeit mit einer Fülle von berufsbezogenen Therapieangeboten und verschiedenen Modellprojekten [6]. Neben der Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten bekommt auch die engere Kooperation von Reha-Einrichtungen und Betriebsärzten eine zunehmende Bedeutung. In der letzten Ausgabe der *vffr-news* berichtete Glaser-Möller über die

Kooperationsvereinbarung, die die DRV Nord mit dem Verband der Betriebs- und Werksärzte in Schleswig-Holstein zur stärkeren Einbindung der Betriebs- und Werksärzte in den Rehabilitationsprozess im Juli 2011 abgeschlossen hat. Nähere Informationen sind unter www.deutsche-rentenversicherung-nord.de - Angebote für spezielle Zielgruppen: Betriebs- und Werksärzte - zu finden [7].

Eine sorgfältige Analyse der aktuellen Situation zeigt jedoch auch kritische Aspekte. Die Rehabilitation erzielt bei älteren Versicherten geringere Effekte hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit als bei jüngeren Versicherten [8]. Anhand der Ergebnisse schriftlicher Rehabilitandenbefragungen wissen wir, dass ältere Rehabilitanden (> 55 Jahre) krankheitsspezifisch sowie krankheitsassoziiert eine andere Beschwerdelast als jüngere Rehabilitanden aufweisen und dass sie sich darüber hinaus in ihren Reha-Erwartungen und -Zielen von den jüngeren unterscheiden [8, 9].

Sektion „Rehabilitation und Arbeit“ am Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck

Die Rentenversicherung hat den Auftrag, die Erwerbsfähigkeit älterer Versicherten zu erhalten, unter Einsatz sämtlicher Möglichkeiten der Rehabilitation. Innovative Wege und Verfahren müssen entwickelt und wissenschaftlich evaluiert werden, um die Berufs- und Arbeitsfähigkeit älterer Versicherter zu erhalten. Die Interventionen müssen langfristig wirksam und finanziell leistbar sein. Die DRV Nord hat sich entschieden, gemeinsam mit der Universität Lübeck eine Sektion zum Thema „Rehabilitation

und Arbeit“ mit einer gestifteten Professur am Institut für Sozialmedizin einzurichten. Der Vertrag wurde im Juli 2011 unterschrieben. Die Förderung durch die DRV Nord ist auf sechs Jahre begrenzt. Die Arbeit der Sektion wird nach Ablauf dieser Zeit evaluiert. Bei positiver Bewertung hat sich die Universität Lübeck bereit erklärt, die Finanzierung der Sektion in vollen Umfang zu übernehmen. Die Sektion wird sich u. a. mit folgenden Forschungsfragen der Rehabilitation älterer Versicherter befassen:

Forschungsfragen

- Untersuchung Reha-relevanter Belastungen und Beanspruchungen älterer und alternder Versicherter
- Entwicklung systematischer altersentsprechender Assessments, die insbesondere die somatische und psychische Komorbidität in ausreichendem Maß berücksichtigt
- Individualisierung unter Berücksichtigung des gesamten Leistungsspektrums der Sozialleistungsträger
- Identifikation und Stärkung von individuellen psychischen und sozialen Ressourcen während der Rehabilitation
- Weiterentwicklung von Maßnahmen zur langfristigen Verstetigung von Reha-Effekten

Die Forschungsarbeiten der Sektion werden durch folgende Überlegungen geprägt

- Ein zunehmender Teil der Rehabilitanden wird künftig durch geringe Schul- und berufliche Bildung, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, geringe Einkommen und vielfältige psychosoziale Belastungen gekennzeichnet sein [10]. Dies ist bei der Gestaltung neuer Verfahren zu berücksichtigen.
- Diagnostik und Interventionen sollen sich mehr an Aktivitäten des täglichen und beruflichen Lebens und an den persönlichen Kontextfaktoren und weniger an Organschäden orientieren.
- Teilhabeorientierung erfordert eine psycho-soziale Perspektive (Ressourcenkonzept, Empowerment, Stressbewältigung).

Literatur

- [1] Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein, Hrsg. Annahmen und Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung 2010 bis 2025 für die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein. Kiel, März 2011.
- [2] Peters E, Pritzkeleit R, Beske F, Katalinic A. Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2010; 5: 417–426.
- [3] INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit. „Rente mit 67“ – Voraussetzungen für die Weiterarbeitsfähigkeit älterer Arbeitnehmerinnen. Dortmund: 2008.
- [4] vgl. <http://www.sowi-online.de/reader/berufsorientierung/schober.htm> (letzter Zugriff 22.09.2011).
- [5] Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin: DRV Bund; 2007.
- [6] Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Praxishandbuch. Berlin 2011.
- [7] vgl. www.deutsche-rentenversicherung-nord.de - Angebote für spezielle Zielgruppen: Betriebs- und Werksärzte (letzter Zugriff 05.10.2011).
- [8] Deck R, Richter S, Hüppe A (2009): Der ältere Patient in der Rehabilitation – Probleme und Bedürfnisse. Rehabilitation 48: 326 – 334.
- [9] Krüger-Wauschkuhn T, Pohontsch N, Deck R. Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55plus): Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Rehabilitanden und Reha-Klinikern. Rehabilitation (im Druck).
- [10] Deck, R. (2008): Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. Gesundheitswesen 70, 582-589.

Die Autoren

Dr. Nathalie Glaser-Möller
Deutsche Rentenversicherung Nord
(Korrespondenzadresse im Impressum)

Dr. Ruth Deck & Prof. Dr. Heiner Raspe
Institut für Sozialmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
(Korrespondenzadresse im Impressum)

Anmerkung: Die lange Version dieses Artikels wird voraussichtlich in der Dezemberausgabe des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatts veröffentlicht.



Chronifizierungsprozesse, Behandlungswege und Bedarfe bei Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen

Situationsanalyse & Möglichkeiten einer Case-Management-orientierten Nachsorge-Koordination nach stationärer Rehabilitation

Von Hanne Melchior, Prof. Dr. Holger Schulz, Laura Kivelitz und PD Dr. Birgit Watzke

Das aktuell angelaufene Forschungsprojekt, das von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Rahmen des Förderschwerpunktes zur versorgungsnahen Forschung „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gefördert wird, beschäftigt sich in zwei Teilstudien mit *Chronifizierungsprozessen, Behandlungswegen*

und Patientenbedarfen bei Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen. Das Projekt wird am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in der *Forschungsgruppe Psychotherapeutische Versorgung* mit einer Laufzeit von 3 Jahren (2011 bis 2014) durchgeführt. Im Folgenden soll ein Überblick zum Hintergrund, den Zielsetzungen und der Umsetzung des Projektes gegeben werden.

Hintergrund

Das Projekt wurde vor dem Hintergrund initiiert, dass psychisch erkrankte Patienten, die in die stationäre Rehabilitationsbehandlung kommen, eine mittlere Erkrankungsdauer von 6 bis 8 Jahren aufweisen [1,2]. Dabei ist die Chronifizierungsdauer einer der stärksten negativen Prädiktoren für das langfristige Behandlungsergebnis der Rehabilitationsbehandlung [2]. Während eine umfassende Analyse von Chronifizierungsprozessen und Behandlungswegen im deutschen Gesundheitssystem für chronisch psychisch erkrankte Patienten noch aussteht, lässt sich vor dem Hintergrund der ‚Fragmentierung‘ des Versorgungssystems schon jetzt die Überwindung von Schnittstellen als ein

wichtiger Ansatzpunkt zur Optimierung der Behandlungswege identifizieren. Eine dieser Schnittstellen stellt die Nachsorge nach stationärer Rehabilitation dar, für die die Methode einer Case-Management-orientierten Nachsorge-Koordination eine vielversprechende Möglichkeit zur Förderung einer integrierten Versorgung und zur Verstetigung des Rehabilitationserfolges für Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen beinhaltet. Da Depressionen und Angsterkrankungen zu den häufigsten Störungsbildern gehören, die in der psychosomatischen Rehabilitation behandelt werden [3], werden diese Indikationen im Projekt fokussiert.

Projektumsetzung

Die vorgestellte Studie beinhaltet einen qualitativen und einen quantitativen Projektteil: Zielsetzung von **Teilstudie I** ist es, eine umfassende Ist-Analyse von Chronifizierungsprozessen, Behandlungswegen und -bedarfen von Patienten mit chronischer Depression bzw. chronischer Angsterkrankung zu erstellen und darauf aufbauend Empfehlungen abzuleiten. In diesem qualitativen Teil des Projektes werden halbstrukturierte Interviews mit Patienten (n = 30) mit chronifizierten Angsterkrankungen bzw. Depressionen durchgeführt, bei denen die folgenden Bereiche fokussiert werden: (a) langfristiges Krankheitsgeschehen

(Beginn & Verlauf); Chronifizierungsprozesse; die Chronifizierung hemmende und begünstigende Faktoren; Ursachenmodelle der Patienten zu diesen Prozessen; (b) langfristige Behandlungswege der Patienten durch die Institutionen des Gesundheitssystems; Steuermechanismen; Adäquatheit der Behandlungswege; Zusammenhang von Krankheitsverlauf und Behandlungsmaßnahmen / -wegen (c) Unterstützungs- und Behandlungsbedarfe; fördernde und hemmende Faktoren bei der Inanspruchnahme von Angeboten; Optimierungsbedarf hinsichtlich der Behandlungsangebote und Steuermechanismen.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Zielsetzung von **Teilstudie 2** beinhaltet die Evaluation einer Case-Management-orientierten Nachsorge-Koordination mittels Telefon nach stationärer Rehabilitation für die beiden fokussierten Patientengruppen und überprüft, ob diese die längerfristige Effektivität der stationären Rehabilitationsbehandlung erhöhen kann. Die telefonische Nachsorge-Koordination (NaKo) wird als niedrigschwellige Intervention zur Optimierung der Behandlungswege implementiert, die vor allem als Überbrückung zwischen stationärem und ambulantem Setting dienen soll. Dabei werden die Patienten direkt

nach ihrem stationären Aufenthalt im Rahmen von sechs zweiwöchentlich stattfindenden Telefonaten von ihrem Bezugstherapeuten darin unterstützt, eine für sie adäquate Nachsorge einzuleiten und durchzuführen. Orientierung für das Vorgehen bei der NaKo bildet der Ansatz des *Case Managements* [4]. Von besonderer Bedeutung ist, dass die NaKo strikt an den Bedürfnissen und Ressourcen des Patienten orientiert erfolgt unter besonderer Berücksichtigung des Empowerments, d. h. der Patient wird darin unterstützt, selbst aktiv die Nachsorge zu organisieren und zu beginnen.

Ergebnisevaluation

Die Ergebnisevaluation zur NaKo erfolgt im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Designs als prospektive Mehrzeitpunktbefragung (Längsschnitterhebung) einer konsekutiven Patientenstichprobe mit chronischer Angst- oder depressiver Erkrankung: Hierbei werden Patienten der Interventionsgruppe (Patienten mit NaKo) mit Patienten der Kontrollgruppe (TAU, Treatment-As-Usual-Bedingung; Patienten mit keiner spezifischen Nachsorge-Koordination) verglichen. Die Evaluation umfasst die Überprüfung (A) der Effektivität, (B) der Akzeptanz sowie (C) der Patientenzufriedenheit. Der Schwerpunkt der Evaluation bezieht sich auf die Effektivitätsüberprüfung, Hauptzielgrößen stellen dabei die gesund-

heitsbezogene Lebensqualität und die störungsspezifische Symptombelastung dar. Insgesamt wird eine Stichprobe von ca. 270 Patienten angestrebt.

Die Studie wird gemeinsam mit den drei psychosomatischen Rehabilitationskliniken St. Franziska-Stift Bad Kreuznach (Prof. Dr. Heinz Rüdell), MediClin Seepark Klinik Bad Bodenteich (Sabine Zahn) und MediClin Bliestal Klinik Blieskastel (Prof. Dr. Volker Köllner) durchgeführt. Sowohl für die qualitativen Analysen aus Teilstudie 1 als auch für die Implementierung und Evaluation der NK in Teilstudie 2 werden Patienten aus den drei Kooperationskliniken in die Studie eingeschlossen.

Ausblick

Mit der mit diesem Projekt realisierten engen Verzahnung von qualitativen und quantitativen Methoden bietet sich die Möglichkeit einer vertieften Untersuchung von komplexen Chronifizierungsprozessen und - darauf aufbauend - der Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten mit chronischen

psychischen Erkrankungen mittels einer gezielten Nachsorge-Intervention. Bei entsprechend positiven Evaluationsergebnissen würde mit der hier untersuchten telefonbasierten NaKo ein umsetzbares, effektives Modell zur wohnortunabhängigen Nachsorge für die Routineversorgung der Rentenversicherung zur Verfügung

Literatur

1. Potreck-Rose, F. & Koch, U. (1994). Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Stuttgart: Schattauer.
2. Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling R. (2007). Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Bern: Huber.
3. Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. Berlin: Robert Koch-Institut.
4. Smith, L. & Newton, R. (2007). Systematic review of case management. *Aust N Z J Psychiatry*; 41, 2-9.

Korrespondenzadresse

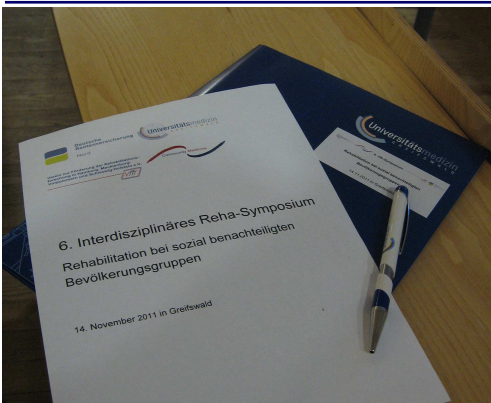
Dipl.-Psych. Hanne Melchior
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52 - 20246 Hamburg
Telefon: +49 (0)40 7410 53871; Email: h.melchior@uke.de

Rehabilitation bei sozial benachteiligten Gruppen - Probleme und Lösungen

Von Dr. Angela Buchholz und Ines Buchholz

In Deutschland existiert soziale Ungleichheit in Gesundheit und Krankheit. Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten belegen, dass Menschen mit einem niedrigeren, im Vergleich zu Menschen mit einem hohen Sozialstatus, häufig einen schlechteren Gesundheitszustand und ebenso ein erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko aufweisen. Zudem scheinen Patienten aus niedrigeren sozialen Schichten ebenfalls weniger von durchgeführten Behandlungsmaßnahmen zu profitieren. Welche Rolle die soziale Benachteiligung einzelner Patientengruppen in der rehabilitationsmedizinischen Versorgung spielt, wurde beim 6. interdisziplinären Reha-Symposium des *vffr* am 14. November 2011 aus

unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet. Erstmals fand das im zweijährigen Turnus durch den *vffr* veranstaltete Symposium unter organisatorischer Leitung des Instituts für Community Medicine an der Universitätsmedizin Greifswald statt. Die wissenschaftliche Leitung wurde von Prof. Dr. Thomas Kohlmann (Institut für Community Medicine, Greifswald), Dr. Ruth Deck (Institut für Sozialmedizin, Universität Lübeck) und Dr. Nathalie Glaser-Möller (DRV Nord) getragen. Mit ca. 80 Teilnehmern aus Rehabilitationsforschung und -praxis sowie Vertretern der Kostenträger war das Symposium trotz des Standortwechsels sehr gut besucht.



Bericht zum 6. interdisziplinären Reha-Symposium des *vffr*

Nach einem Grußwort des Dekans der Universitätsmedizin Greifswald, Prof. Dr. Reiner Biffar, eröffnete Frau Glaser-Möller das Symposium im Namen des *vffr* und der DRV Nord stellvertretend für Frau Dr. Künzler. In ihrem Grußwort betonte Frau Glaser-Möller die Wichtigkeit des Themas für die Rehabilitation und warf einige Fragen in Bezug auf mögliche Ursachen und Konsequenzen der sozialen Ungleichheit im Erfolg von Reha-Maßnahmen auf.

Lässt sich der geringere Erfolg von Reha-Maßnahmen bei sozial benachteiligten Gruppen durch Zugangsbarrieren, durch eine zu wenig bedarfsorientierte Behandlungsplanung oder durch andere Faktoren erklären? Und wie kann man den gesamten Rehabilitationsprozess derart gestalten, dass auch Versicherte aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen eine bedarfsgerechte und effiziente Versorgung erhalten?

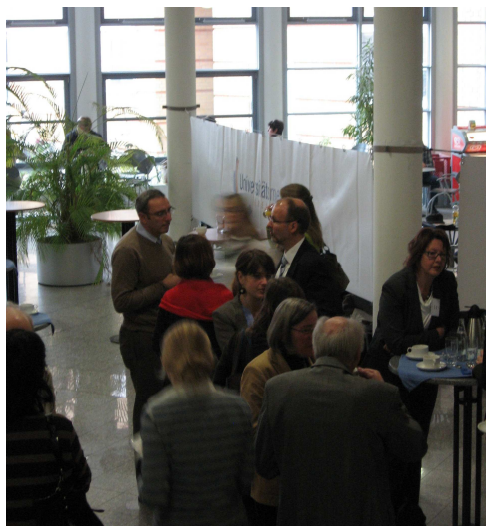
Frau Dr. Deck führte durch den ersten Veranstaltungsblock, in dem mit drei Überblicksreferaten zunächst in das Thema eingeführt werden sollte. Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf referierte zu sozialer Ungleichheit in

Gesundheit und medizinischer Versorgung. Soziale Ungleichheit, welche am besten durch materiellen Wohlstand, Bildung und Beruf abgebildet werden kann, zeige sich nicht nur in verschiedenen Versorgungssystemen, sondern bereits vor Eintritt in das Versorgungssystem.



In Bezug auf die Betrachtung der sozialen Ungleichheit in der medizinischen Versorgung sei besonders zu beachten, dieses Thema nicht auf Probleme durch eine „Zwei-Klassen-Medizin“ zu reduzieren sowie auch unterschiedliche Orte möglicher Benachteiligung gesondert zu betrachten: Zugänge, Inanspruchnahme und Ergebnisse der Versorgung. Anschließend erläuterte Frau Dr. Ulrike Beckmann in ihrem Beitrag eine Perspektive der DRV Bund. In allen somatischen Indikationsbereichen, unabhängig von Geschlecht, Alter, Arbeitsausfallzeiten oder bestehendem Rentenantrag, berichten Patienten mit einer geringeren Schulbildung mehr Beschwerden bei Reha-Beginn und geringere Erfolge bei Reha-Ende und seien insgesamt mit der Maßnahme unzufriedener. Frau Beckmann zeigte einige Verbesserungsmöglichkeiten auf, um den Bedürfnissen bildungsferner Gruppen, aber auch Patientengruppen mit spezifischeren Behandlungsbedarfen besser gerecht werden zu können. Eine Anpassung an die aktuellen Herausforderungen könnte durch Abbau von Zugangsbarrieren, Berücksichtigung schichtspezifischer Bedürfnisse oder eine bessere Vernetzung zwischen Trägern und Nachbehandlern

gelingen. Darüber hinaus müssen zunächst aussagekräftige Indikatoren identifiziert werden, anhand derer soziale Ungleichheit in der Rehabilitation definiert, beschrieben und untersucht werden kann. Mit dieser Fragestellung beschäftigte sich Dr. Jörn Mook von der Universität Lüneburg. In diesem letzten Überblicksreferat des Vormittags gab Herr Mook einen Einblick in die Potentiale des *Scientific Use Files* (SUF), einer seit 1990 von der Deutschen Rentenversicherung routinemäßig erstellten Längsschnittstatistik, in der prozessproduzierte rehabilitations-, versicherungs- und berentungsbezogene Daten zusammengeführt werden. Berufliche Stellung erwies sich dabei als der am besten geeignete Indikator. Bedeutsam für das Identifizieren geeigneter Kriterien scheint neben einer ausreichenden Datendichte (wenig fehlende Angaben) insbesondere eine hinreichende Differenzierung bei der Klassifizierung von Merkmalen zu sein. Angaben zum Einkommen, welches als potentieller Indikator erfolgversprechend ist, fehlen im SUF bislang, so dass die Identifikation geeigneter Indikatoren mit dem vorliegenden Datensatz zunächst schwierig erschien.



Nach den Überblicksreferaten wurde im zweiten Teil der Veranstaltung, moderiert von Dr. Heiner Vogel, spezifisch die soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation beleuchtet. Es wurden drei Studien vorgestellt, die sich bei unterschiedlichen medizinischen Indikationen mit diesem Thema beschäftigt haben. Frau Dr. Deck referierte über soziale Ungleichheit in der orthopädischen Rehabilitation. Frau PD Dr. Anja Mehnert vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf über eine Studie zur Rück-

kehr zur Arbeit bei Krebspatienten in Abhängigkeit von ihrer sozialen Lage. Den Abschluss bildete Patrick Brzoska von der Universität Bielefeld mit dem Vortrag „Rehabilitation: Ein Weg zu mehr gesundheitlicher Gleichheit? Das Beispiel türkischer Migrant(inn)en“. In den berichteten Studien wurde deutlich, dass es Unterschiede in den Behandlungsergebnissen der medizinischen Rehabilitation in Abhängigkeit vom sozialen Status gibt. Während der Behandlungsbedarf bei Patienten einer niedrigeren sozialen Schicht höher ist, scheinen dennoch die Patienten höherer Schichten – und damit diejenigen mit den besseren Ausgangsvoraussetzungen – mehr Behandlungsangebote zu nutzen und auch ein besseres Behandlungsergebnis zu haben. In Bezug auf die Reha-Nachsorge wurde festgestellt, dass diese für alle bislang wenig bedarfsorientiert abläuft. In Anbetracht der Tatsache, dass Patienten aus sozial benachteiligten Schichten sowohl vor Reha-Beginn als auch nach Reha-Ende die größten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und beruflichen Risiken haben, scheinen prärehabilitative Vorbereitungsgruppen sowie Bedarfs- und Therapie-screensings und postrehabilitativ die Einbindung des familiären (und beruflichen) Umfeldes in die Nachsorge sinnvoll.

Wie kann soziale Ungleichheit verringert werden?

Nach der Mittagspause begann der letzte Veranstaltungsteil unter der Überschrift „Wie kann soziale Ungleichheit verringert werden?“ unter der Leitung von Frau Mehnert. Nachdem Herr Dr. Vogel von der Universität Würzburg zielgruppenspezifische Behandlungskonzepte für langzeitarbeitslose Rehabilitanden vorgestellt hatte, folgten zwei Vorträge zu sozialen Zugangsbarrieren. Prof. Dr. Jean-Francois Chenòt (Universitätsmedizin Greifswald) berichtete Zugangsbarrieren aus hausärztlicher Sicht, anschließend referierte Frau Dr. Nina Sonntag (Airbus Operations, Hamburg) aus der arbeitsmedizinischen Perspektive. Insgesamt wurden in diesem Veranstaltungsblock vor allem auch die Grenzen der medizinischen Rehabilitation kritisch diskutiert, wenn es um die Rückkehr zum Arbeitsplatz geht, da dies in vielen Fällen eben nicht nur von einer guten medizinischen Rehabilitation, sondern auch von der allgemeinen Situation am Arbeitsmarkt abhängt. Insbesondere bei Patienten aus unteren sozialen

Schichten, die häufig sehr stark körperlich beansprucht sind, kann es problematische Folgen für den Arbeitsplatz haben, wenn im Entlassbericht auftaucht, dass bestimmte Tätigkeiten nicht mehr ausgeführt werden sollten, da dies im schlimmsten Falle auch zum Verlust des Arbeitsplatzes führen könnte. Weiterhin wurden auch generelle Zugangsbarrieren diskutiert, die sich durch zu viel und vor allem uneinheitliche Administration und zum Teil auch unklare Richtlinien für die Indikation einer medizinischen Rehabilitation ergeben können. Wünschenswert wäre es hier, die Prozesse so zu vereinfachen, dass sie auch von anderen in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen außerhalb der Rehabilitation verstanden und adäquat umgesetzt werden können. Mehr Transparenz und eine stärkere Regionalisierung von Rehabilitation (Vernetzung mit den Ärzten der Region) könnten Ansatzpunkte zur Begegnung der aktuellen Herausforderungen sein.

Können wir soziale Ungleichheit in der Praxis vermeiden?

Den Abschluss der Veranstaltung bildete eine von Frau Dr. Glaser-Möller moderierte Podiumsdiskussion mit dem Thema „Können wir soziale Ungleichheit in der Praxis vermeiden?“. Nach einem Impulsreferat von Herrn Dr. Martin Vogel von der Mühlenberg-Klinik (Bad Malente-Grevesmühlen) wurden als Diskutanten aus unterschiedlichen Professionen und Indikationsbereichen Herr Dr. Malte Beckmann, Herr Dr. Martin Grunze (beide MediClin Dünenwaldklinik Trassenheide, Usedom), Herr Dr. Otmar Kristof (Klinikleiter AHG Klinik Waren/Müritz), Frau Anne Kuske (Sozialarbeiterin, Rehasentrum Schwerin) und Herr Dr. Trettin (MEDIAN Klinik Bad Sülze) aufs Podium gebeten. In der sehr lebhaft geführten Diskussion wurde unter anderem festgehalten, dass es auch insgesamt strukturelle Probleme zu verzeichnen gibt (Bürokratie behindert Abläufe, zu geringer Personalschlüssel), die eine bessere Integration und Versorgung von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufig erschweren. So wurde angeregt, die Fachkräfte mehr an die Bedürfnisse dieses Klientels anzupassen, z. B. indem mehr Sozialarbeit in den Einrichtungen angeboten wird, die den Reha-Prozess begleitet. Anhand von konkreten Patientenbeispielen wurde auch auf das Problem aufmerksam gemacht, dass es Personen aus niedrigeren sozialer Schichten häufig schwerer fällt, konkrete Ziele für ihre Behandlung zu

formulieren. Bereits im ersten Patientenkontakt sei es daher sehr wichtig, eine gemeinsame Sprache zu finden. Um sich auch von Patienten aus „bildungsfernen“ Schichten und Patienten mit Migrationshintergrund, die sich oftmals weniger gut artikulieren können, ein umfassendes Bild zum Gesundheitszustand, der arbeitsplatzbezogenen Leistungsfähigkeit und alltagsbezogenen Anforderungen zu machen, ist eine ausführliche, individualisierte und bedarfsorientierte Diagnostik unentbehrlich. Wichtig sei es, eine aktive Grundhaltung zu fördern. Dieser Prozess müsse die gesamte Rehabilitationsbehandlung über andauern, so Dr. Martin Vogel. Sofern es gelingt, unrealistische Erwartungen zu erkennen, eine möglicherweise passive (Grund-)Haltung des Patienten zu durchbrechen und den Patienten als aktiven Austauschpartner anzusehen, steigen die Chancen, Patienten mit verschiedenen Bedürfnissen aus unterschiedlichen sozialen Schichten zu erreichen. Dr. Martin Vogel schilderte positive Erfahrungen mit Gruppengesprächen, in denen sich maximal 10 Patienten untereinander zu fiktiven Leistungsbeurteilungen austauschen und berufliche Wiedereingliederungschancen einschätzen. Diese werden von den Patienten sehr gut angenommen und erleichtern auch den Zugang der Patienten zu dieser schwierigen Frage.



Können wir soziale Ungleichheit in der Praxis vermeiden?

Im Übergang von der Rehabilitation zurück in den Arbeitsalltag sei ein häufiges Problem, dass Klinikmitarbeiter eine geringe Vorstellung von den verschiedenen Tätigkeiten haben, die die Rehabilitanden in ihrer Arbeitstätigkeit ausführen müssen und daher auch eher allgemeine Empfehlungen aussprechen. Ein wichtiger Schritt zur Konkretisierung wäre aus der Sicht der Praktiker, eine strukturiertere und ausführlichere Diagnostik der individuellen, arbeitsplatzbezogenen Leistungsfähigkeit bei angemessener personeller Aufstockung einzuführen. Auch könne es hilfreich sein, den Arbeitsplatz zu fotografieren, um die tätigkeitsbezogenen Anforderungen und Leistungen adäquat einschätzen zu können. Insgesamt wurden in der

Diskussion auch strukturelle, übergreifende Schwierigkeiten deutlich, die sich bei der Frage nach sozial benachteiligten Gruppen jedoch besonders kritisch bemerkbar machen würden. Bei Patienten mit Migrationshintergrund spielen neben Interaktions- und Kommunikationsproblemen auch kulturell bedingte Unterschiede, z. B. in Bezug auf Krankheitssymptome, -konzepte und -bewältigung, Schamgefühle, kulturelle Tabus, oder Essgewohnheiten, eine Rolle. Nach Ende der Podiumsdiskussion resümierte Herr Prof. Kohlmann über die gehörten Beiträge und bedankte sich bei allen, die zum Gelingen der Tagung beigetragen hatten.

Abschließend...

Die rege Teilnahme und sehr lebhaft Diskussions während der gesamten Veranstaltung zeigt, dass seitens der Rehabilitationseinrichtungen im norddeutschen Raum eine ausgeprägte Nachfrage nach rehabilitationswissenschaftlichen Informationen mit klarem Praxisbezug besteht. In Kombination mit der Möglichkeit zum interdisziplinären Austausch scheint die gewählte Mischung von wissenschaftlichen Präsentationen, Positionsreferaten und Raum für Diskussionen das Interesse der Teilnehmer

getroffen zu haben. Die Veranstalter freuen sich, mit dem Symposium „Rehabilitation bei sozial benachteiligten Gruppen - Probleme und Lösungen“ einen wichtigen Beitrag zu einem hochaktuellen Thema geleistet zu haben und bedanken sich auf diesem Wege nochmals herzlich bei allen Referentinnen, Referenten und den verschiedenen anderen Mitwirkenden, die zum Gelingen der Tagung beigetragen haben! Das Buch zur Tagung wird im Frühjahr 2012 beim Jacobs Verlag erscheinen.

Das Buch zur Tagung
erhältlich ab dem Frühjahr 2012
Subskriptionspreis und Tagungspreis
bis 23. November: 15,90 Euro
kostenlose Lieferung



Kohlmann
Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen
Ruth Deck, N. Glaser-Möller, Thomas Kohlmann
Jacobs Verlag

Ich bestelle das Buch

- zum Subskriptionspreis von 15,90 Euro (bis 23.11.2011)
- zum regulären Preis von 19,90 Euro

Name: _____

Anschrift: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Datum, Unterschrift: _____

Bestellung auch gern per E-Mail
in @jacobs-verlag.de

R. Deck, N. Glaser-Möller, Th. Kohlmann (Hg.)
Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen
Lage 2012, ca. 180 Seiten, ISBN 978-3-89918-204-0, 19,90 Euro

Bitte
ausreichend
frankieren

Antwort

Jacobs Verlag
Hellweg 72

D-32791 Lage

Ausgewählte Tagungsankündigungen

Symposium Patientenorientierung und Versorgungsforschung



Symposium
„Patientenorientierung und
Versorgungsforschung“



Im Gesundheitswesen kommt dem Thema Patientenbeteiligung und Patientenorientierung in den letzten Jahren immer mehr Aufmerksamkeit zu. Im Rahmen des Symposiums *Patientenorientierung und Versorgungsforschung*, welches vom *Center for Health Care Research* des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in Zusammenarbeit mit dem *vffr* am 3. Februar 2012 von 14:00 – 19:00 Uhr ausgerichtet wird, sollen Erfahrungen ausgetauscht und Forschungsergebnisse zum Thema Patientenorientierung vorgestellt werden.

Ärzte, Pflegende und weitere Gesundheitsberufe, sowie auch Patientenvertreter und Wissenschaftler sind herzlich zu diesem Erfahrungsaustausch eingeladen!

Weitere Informationen zu Programm und Anmeldung erhalten Sie unter <http://www.uke.de/chcr>.

21. Rehawissenschaftliches Kolloquium

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

Das 21. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium wird vom 5.3.2012 bis 7.3.2012 im Congress Center Hamburg stattfinden. Das Rahmenthema ist "Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen". Die Deutsche Rentenversicherung Bund veranstaltet das 21. Kolloquium gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Nord und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW).

Das Rahmenthema „Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen“ will eine Diskussion darüber anregen, wie die Rehabilitation auf die skizzierten und weitere Entwicklungen mit innovativen, bedarfsorientierten Konzepten reagieren kann.

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

Aktuelle Publikationen

- Andreas, S., Brütt, A. L., Harries-Hedder, K., Schwenk, W., Rabung, S., & Schulz, H. (2011). Merkmale von funktionalen, sozialen und umweltbezogenen Bereichen im Sinne der ICF bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen. *Suchttherapie*, 12, 35-41.
- Brütt, A. L., Schulz, H., Koch, U., & Andreas, S. (2011). Do measures used in studies of anxiety disorders reflect activities and participation as defined in the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health? *Clinical Rehabilitation*, 25(7), 659-671.
- Buchholz, A., Broekman, T. & Schippers, G. (2011). Anwendung der ICF in der Suchthilfe am Beispiel des MATE-ICN. *Suchttherapie* 12, 14-19.
- Dirmaier, J., Härter, M. (2011) Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 411-419.
- Kriston L, Melchior H, Hergert A, Bergelt C, Watzke B, Schulz H, von Wolff A. (2011). Class Evolution Tree: a graphical tool to support decisions on the number of classes in exploratory categorical latent variable modeling for rehabilitation research. *International Journal of Rehabilitation Research*, 34, 181-185.
- Klein, J.; Buchholz, A.; Lindenmeyer, J.; Rist, F. (2011). Prädiktoren der funktionalen Gesundheit zu Beginn und Ende einer Alkoholentwöhnungsbehandlung. *Suchttherapie*, 12, 29-34.
- Tlach, L. & Hampel, P. (2011). Long-term effects of a cognitive-behavioral training for the management of depressive symptoms among patients in orthopedic inpatient rehabilitation of chronic low back pain: a 2-year follow up. *European Spine Journal*, 20(12):2143-51.

Termine 2012

Die Rehabilitationswissenschaftlichen Arbeitskreise

- | | |
|--------------|--|
| 23. 2. 2012 | Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Schleswig-Holstein
Referenten: Th. Kohlmann, I. Buchholz, Universität Greifswald
Thema: Die Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation: Machbarkeit, Akzeptanz und Erfolg |
| 20. 03. 2012 | Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern
Thema und Referenten werden noch bekannt gegeben |
| 24. 5. 2012 | Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Schleswig-Holstein
Referent: O. Mittag, Universität Freiburg
Thema: Internationale Formen von Reha und ihr Potential für das deutsche System |
| 05.06.2011 | Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern
Thema und Referenten werden noch bekannt gegeben |
| 23 .8. 2012 | Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Schleswig-Holstein
Referent: J. Höder, Universität Lübeck
Thema: Verständlich schreiben, verständlich sprechen: Wie können wir Rehabilitanden effektiv informieren? |
| 18. 09. 2012 | Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern
Thema und Referenten werden noch bekannt gegeben |
| 22. 11.2012 | Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Schleswig-Holstein
Referenten: Th. Meyer, M.L. Artzt, Medizinische Hochschule Hannover
Thema: RehaBild - Vorstellungen von Rehabilitanden über ihren Reha-Aufenthalt |
| 27. 11. 2012 | Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaften Mecklenburg-Vorpommern
Thema und Referenten werden noch bekannt gegeben |

Weitere Termine 2012 / 1. Halbjahr

10. 01. 2012 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung**
Referent: Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker (Psychologisches Institut der Universität Zürich)
Thema: Trauma- und Stress-Folgen-Syndrome - neue Ansätze und das Vorgehen bei der ICD-10/11-Revision.
Ort: UKE, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. 15:30 – 17:00 Uhr
24. 01. 2012 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung**
Referentin: Prof. Dr. Tania Lincoln, Psychologisches Institut der Universität Hamburg
Thema: Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. Ein empfehlenswerter Ansatz für die klinische Praxis?
Ort: UKE, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. 15:30 – 17:00 Uhr
07. 02. 2012 **Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung** in Hamburg.
Referent: Prof. Dr. Martin Scherer, Institut für Allgemeinmedizin, UKE
Thema: Klinische, Versorgungsforschung und Leitlinien – erst das Ei und dann die Henne? Evidenzketten und Evidenzlücken am Beispiel der Nationalen Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz
Ort: UKE, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. 15:30 – 17:00 Uhr
- 10.-11. 02. 2012 **DGRW / RFV Symposium Reha2020: Lebensstil und gesundheitliches Risiko**
Freitag, 10.02.2012, 13:30 – 18:30 Uhr; Samstag, 11.02.2012, 9:00 – 12:30 Uhr Hörsaal Frauenklinik, Universitätsklinikum Freiburg, Hugstetterstr. 55 Informationen über die Geschäftsstelle des RFV, Frau Dr. Angelika Uhlmann Tel: 0761-270 73530, Fax: 0761-270 73310
12. - 13. 01. 2012 **Hamburger Gespräche: Entwicklungstrends in der Psychoonkologie**
Ort: Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Leitung: Prof. Dr. Dr. Martin Härter)
Thema: Symptommanagement in der Psychoonkologie
Anmeldungen zur Tagung sind über ein Formblatt möglich, das auf der Homepage des Instituts für Medizinische Psychologie am UKE zu finden ist (www.uke.de) oder bei PD Dr. Anja Mehnert (mehnert@uke.de) angefordert werden kann.
- 15.-17. 03. 2012 **13. Jahrestagung des Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin**
"Komplexe Interventionen – Entwicklung durch Austausch". Zwei weitere zentrale Themen sind "Ausbildung in EbM und kritische Gesundheitsbildung" und "EbM, Patientenorientierung und Partizipation: Von Macht und Machtlosigkeit". Die Zielgruppen sind nicht nur Mediziner, sondern auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, Patienten, Patienten- und Verbraucherberater, Lehrer, Juristen, Sozialpolitiker und andere Interessierte. <http://www.ebm-kongress.de/>
- 03.- 05. 05. 2012 **4. Rehakongress der RehaZentren Baden-Württemberg** in Freiburg.
Kongresstitel Psychosomatische Krankheiten - Arbeit und seelische Gesundheit - 25 Jahre Psychosomatische Reha in der Rehaklinik Glotterbad. <http://rehakongress.de/>
- 04.– 05. 05. 2012 **Jahrestagung der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG)** in Tübingen. Schwerpunktthema "Team - Training - Transparenz"
<http://www.gqmg.de/>
- 10.-11. 05. 2012 **"Gruppenprogramme der medizinisch-beruflich orientierten und der beruflichen Rehabilitation"** in Würzburg. 7. Fachtagung des Zentrum Patientenschulung e. V.
- 13.-15. 06. 2012 **Hauptstadtkongress 2012**
Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit findet 2012 bereits zum 15. Mal im ICC Berlin statt, und zwar vom 13. bis 15. Juni. Mit über 8000 Besuchern, 500 Referenten und mehr als 150 Veranstaltungen hat er sich zum wohl größten und bedeutendsten Kongressereignis der deutschen Gesundheitsbranche entwickelt. <http://www.hauptstadtkongress.de/>
- 14.- 16. 06. 2012 **39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (DGPR)** in Berlin.
Kongressort: Hilton Hotel Berlin, Mohrenstraße 30, 10117 Berlin
Ausrichter: Förderverein der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR) e.V. Univ.-Prof. Dr. med. Martin Halle (Vorsitzender), Peter Ritter (Geschäftsführer) Friedrich-Ebert-Ring 38, 56068 Koblenz www.dgpr2012.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: 0451/485-10100
Fax: 0451/485-2910100
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:
Dipl.-Psych. Ines Buchholz
Abteilung Methoden der
Community Medicine
Universität Greifswald
Walter Rathenau Str. 48,
17475 Greifswald
Tel. 03834/ 86 7780
Fax: 03834/ 86 7766
E-Mail: ines.buchholz@uni-
greifswald.de

Methodenzentrum Hamburg:
Dr. Angela Buchholz
Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf
Martinistr. 52, Haus W26,
20246 Hamburg
Telefon: 040/7410-57705
Fax: 040/7410-54940
E-Mail: a.buchholz@uke.de

IMPRESSUM

Herausgeber:

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

Bearbeitung:

Ines Buchholz, Ruth Deck, Angela Buchholz, 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 Frühsommer 2012.

Bisher erschienene Ausgaben der „**vffr-news**“ können jeweils kostenlos über die **vffr**-Homepage (www.reha-vffr.de) bezogen werden.

Redaktion:

Dr. Angela Buchholz
Redaktionsassistentz: cand. Psych. Leonie Pleinert
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistr. 52, Haus W26
20246 Hamburg
Telefon: 040/7410 - 57705
Telefax: 040/7410 - 54940
E-Mail: a.buchholz@uke.de

ISSN 1866-5683 (Printausgabe)

ISSN 1866-5691 (Internetausgabe)

