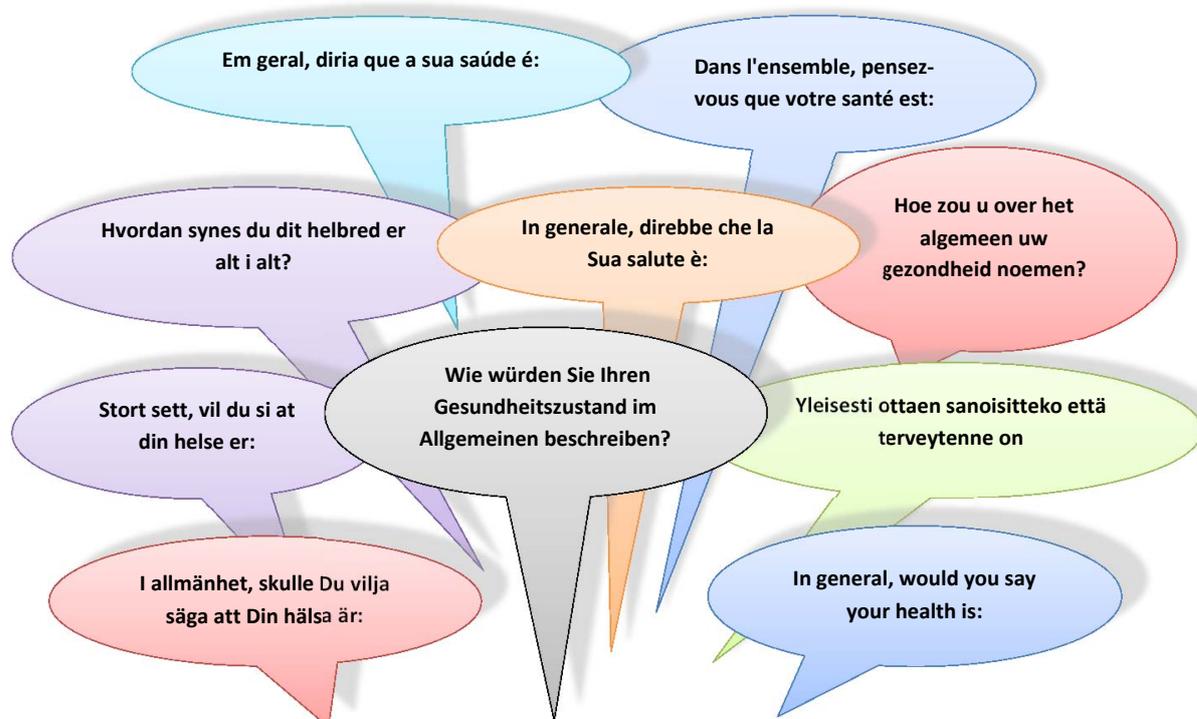


2 / 2012





INHALTSVERZEICHNIS

Neues aus dem vffr	4
Genehmigte Projekte 2012	5
Reha bei Menschen mit Migrationshintergrund: ein prioritäres Förderthema des vffr 2013	10
Datenschutz bei Forschungsprojekten im Sozialleistungsbereich	11
Beiträge zum Themenschwerpunkt	11
Teilnahmebereitschaft an wissenschaftlichen Untersuchungen	13
Integration und Gesundheit für alle - das MIMI-Projekt	15
Interkulturelles Training für Mitarbeiter der psychosomatischen Rehabilitation	18
Die andere Seite: Ärztinnen und Ärzte und kulturelle Diversivität in der Reha	20
Integration ausländischer Ärzte in den deutschen Arbeitsmarkt	22
Erfahrungsbericht einer Reha-Ärztin mit Migrationshintergrund	23
Erfahrungsbericht eines deutschen Rehabilitationsmediziners	24
Tagungsberichte	26
Neuerscheinungen und Veranstaltungen	28
Literaturhinweise	29
Veranstaltungshinweise	30

IMPRESSUM

Herausgeber:

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

Bearbeitung:

Angela Buchholz, Miriam Bartsch, Ivo Engert, Ines Buchholz, Ruth Deck, Nathalie Glaser-Möller; Covergestaltung: Ivo Engert, Angela Buchholz, Michael Postweiler, Simon und Janek Unseld und Anja Rohenkohl.

Erscheinungshinweise:

Die vffr-news, das Mitteilungsblatt des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg - Vorpommern und Schleswig-Holstein, erscheint in der Regel zweimal jährlich. Die nächste Ausgabe der vffr-news erscheint voraussichtlich im Juni 2013. Bisher erschienene Ausgaben können jeweils kostenlos über die vffr-Homepage (www.reha-vffr.de) bezogen werden.

Redaktion:

Dr. Angela Buchholz

ISBN: 1866-5683 (Printausgabe)

ISSN: 1866-5691 (Internetausgabe)



Liebe Leserinnen und Leser,

Kurz vor Weihnachten freuen wir uns, Ihnen die 11. Ausgabe der *vffr-news* präsentieren zu können. Mit dem Themenschwerpunkt Rehabilitation und kulturelle Diversivität haben wir ein interessantes und aktuelles Thema aufgegriffen. Die Tatsache, dass der Vorstand des *vffr* das Thema Reha bei Menschen mit Migrationshintergrund unlängst als **prioritäres Förderthema für das Jahr 2013** ausgewählt hat, hat uns in unserer Wahl nur bestätigt. Neben Neuigkeiten aus dem *vffr* sowie ausgewählten Veranstaltungen und Literaturhinweisen haben wir in der Auswahl der inhaltlichen Beiträge versucht, das Thema der kulturellen Diversivität in der Rehabilitation aus möglichst unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten.

So geht es um aktuelle Projekte aus der Versorgung, die eine kultursensitivere Behandlung zum Ziel haben. Aus wissenschaftlicher Perspektive hat uns zudem interessiert, welche Aspekte bei der Durchführung von Studien zu berücksichtigen sind, die sich mit dem Thema der kulturellen Diversivität in der Gesundheitsversorgung beschäftigen. Da die kulturelle Diversivität nicht auf die Seite der Patienten begrenzt ist, sondern auch für die Zusammensetzung und Kommunikation von Behandlungsteams eine große Rolle

spielt, haben wir unter dem Titel *Die andere Seite* versucht, v. a. die Situation ausländischer Ärzte in Rehakliniken und deren deutscher Kollegen etwas genauer zu betrachten.

Ich möchte Sie an dieser Stelle noch auf eine redaktionelle Neuerung aufmerksam machen: aus gestalterischen Gründen haben wir uns entschieden, auf die Darstellung der Literaturverzeichnisse vollständig zu verzichten. Alle Literaturverzeichnisse werden in einem separaten Anhang zusammenfassend dargestellt, den Sie auf Anfrage per Mail zugesendet bekommen. An dieser Stelle sei außerdem noch allen Autoren und anderweitig an der Gestaltung der *vffr-news* Beteiligten sehr herzlich gedankt.

Erstmalig beginnen wir unsere *vffr-news* mit einem Gast-Editorial und freuen uns sehr, dass wir Herrn Brzoska und Herr Prof. Dr. Razum dafür gewinnen konnten, in einem Vorwort die Notwendigkeit einer diversivitätssensiblen Rehabilitation herauszustellen. Daher bleibt mir an dieser Stelle nur noch, Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und im Namen der gesamten Redaktion ein frohes Weihnachtsfest, sowie einen guten Start in das neue Jahr zu wünschen.

Dr. Angela Buchholz
Redaktion *vffr-news*

Die Notwendigkeit einer Diversity-sensiblen Rehabilitation

von Patrick Brzoska und Prof. Dr. Oliver Razum
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Kontakt: patrick.brzoska@uni-bielefeld.de, oliver.razum@uni-bielefeld.de

Universität Bielefeld

Wir alle haben eigene Vorstellungen und Wünsche, und oft eine ganz unterschiedliche Lebensplanung - mit anderen Worten, wir sind verschieden, oder „divers“. Ein solches Diversitätsmerkmal ist der Migrationshintergrund. Menschen mit Migrationshintergrund machen einen bedeutenden Teil der Bevölkerung in Deutschland aus. Laut dem neusten Mikrozensus haben fast 16 Millionen der insgesamt 81,8 Millionen Menschen, die in Deutschland leben, einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2012). Der Migrationshintergrund ist damit zu einem prägenden Diversitätsmerkmal unserer Gesellschaft geworden. Aber es ist nicht das Einzige. Wie der Migrationshintergrund charakterisieren auch andere Merkmale wie das Geschlecht, das Alter, die sexuelle Orientierung oder der sozioökonomi-

sche Status die Vielfalt unserer Gesellschaft und gehen mit bestimmten Bedürfnissen und Bedarfen einher.

Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in ihrer Gesundheit von Menschen ohne Migrationshintergrund. Während das Krankheitspektrum bei beiden Bevölkerungsgruppen weitgehend ähnlich ist, lassen sich Unterschiede im Verlauf und der Häufigkeit von Erkrankungen zwischen Menschen mit und Menschen ohne Migrationshintergrund feststellen. Studien machen deutlich, dass insbesondere ältere Menschen mit Migrationshintergrund häufiger an bestimmten chronischen Erkrankungen leiden als Menschen gleichen Alters ohne Migrationshintergrund (Razum et al. 2008). Die Ursachen dafür liegen in den oftmals unterschiedlichen gesundheitlich rele-

vanten Expositionen begründet, denen Menschen mit Migrationshintergrund in ihrem Leben ausgesetzt sind (Spallek et al. 2011). Neben einem im Durchschnitt ungünstigeren sozioökonomischen Status in Deutschland zählen hierzu auch schlechtere Arbeitsbedingungen, die insbesondere für die sogenannten „Gastarbeiter“ vorherrschten und denen manche Menschen mit Migrationshintergrund auch heute noch ausgesetzt sind (Razum et al. 2008; Oldenburg et al. 2010). Das spiegelt sich auch in höheren Quoten von Arbeitsunfällen und bestimmten Berufskrankheiten sowie in höheren Erwerbsminderungsquoten wider (Brzoska et al., in Druck).

Eine bedarfs- und bedürfnisgerechte rehabilitative Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund hat vor diesem Hintergrund eine besondere Bedeutung. Die medizinische Rehabilitation verfolgt als tertiärpräventive Maßnahme das Ziel, Folgeschäden bereits eingetretener Erkrankungen und Beeinträchtigungen zu verhindern und Gesundheit wiederherzustellen. Vor allem aber wird in diesem Versorgungsbereich sehr eindringlich deutlich, dass sich Institutionen des Gesundheitssystems mit den Herausforderungen einer nutzerorientierten Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund noch nicht flächendeckend auseinandersetzen. Das hat zur Folge, dass die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund im Versorgungsalltag nicht ausreichend berücksichtigt werden und sie in der Versorgung zahlreichen Barrieren begegnen. Dies wirkt sich negativ auf den Zugang zur und die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation aus. So zeigen versorgungsepidemiologische Studien, dass Menschen mit Migrationhintergrund die medizinische Rehabilitation zum einen in geringerem Maße in Anspruch nehmen. Zum anderen profitieren diejenigen, die sie nutzen, weniger von ihr als die Mehrheitsbevölkerung. Letzteres spiegelt sich in höheren Anteilen ungünstiger beruflicher Prognosen sowie in einem höheren Erwerbsminderungsrisiko nach der Rehabilitation wider (Brzoska et al. 2010b; Brause et al. 2012; Brzoska & Razum 2012). Die Unterschiede in der Inanspruchnahme und Wirksamkeit der Rehabilitation sind dabei nur zum Teil auf den im Durchschnitt ungünstigeren sozialen Status von Menschen mit Migrationshintergrund und

andere gesundheitliche Vorbelastungen zurückführbar. Zusätzlich gibt es Hinweise darauf, dass Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund, die in der Versorgung nicht ausreichend adressiert werden, Missverständnisse und Konflikte im Versorgungsprozess verursachen. Auch daraus können Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren resultieren (Brzoska et al. 2010a; Brause et al. 2010).

Um die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bedarfs- und bedürfnisgerechter und damit nutzerorientierter zu gestalten, wird immer wieder vorgeschlagen, migrationsspezifische Angebote zu schaffen. Das hat jedoch den großen Nachteil, dass es zur Etablierung von Parallelstrukturen im Gesundheitswesen führt. Diese können aber kaum flächendeckend angeboten werden. Zudem besteht die Gefahr, dass deren Qualität nicht gesichert werden kann und es daher langfristig zu Qualitätseinbußen in der Versorgung kommt. Vor allem jedoch würden solche Parallelstrukturen die Menschen mit Migrationshintergrund aus der Gesellschaft ausgrenzen, deren Teil sie aber sind. Solche Parallelangebote werden darüber hinaus auch der Heterogenität der Bevölkerung nicht gerecht – ob sie nun einen Migrationshintergrund hat oder nicht (Brzoska et al. 2012). Nachhaltig lässt sich die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund nur dann verbessern, wenn bestehende Angebote diversitätssensibel ausgerichtet werden. Das kann durch Diversity Management geschehen, einen Ansatz aus dem Unternehmensbereich, welcher der Vielfalt von Bedürfnissen und Bedarfen Rechnung trägt – nicht nur im Hinblick auf den Migrationshintergrund, sondern auch auf andere Verschiedenheitsmerkmale. Hierdurch kann die Versorgung für alle Nutzer/innen des Gesundheitssystems verbessert werden.





Neues aus dem vffr

Wie immer möchten wir Ihnen in diesem Abschnitt zunächst Neuigkeiten aus dem vffr berichten. Im Folgenden finden Sie Beschreibungen der wissenschaftlichen Projekte, deren Förderung im Jahr 2012 durch den Vorstand des vffr bewilligt wurde. Wir möchten allen Wissenschaftlern ein gutes Gelingen wünschen und stehen bei Problemen und Fragen gern hilfreich zur Seite.

Auch möchten wir Sie an dieser Stelle darauf hinweisen, dass sich in Bezug auf die Prüfung des Datenschutzkonzepts der vffr-geförderten Projekte eine Änderung der Verfahrensweise ergeben hat: Um den Prozess der Prüfung etwas zu beschleunigen haben wir uns entschieden, dass eine **Vorprüfung des Datenschutzkonzepts**

durch die zuständigen regionalen Methodenzentren erfolgen soll. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrer Planung und wenden sich rechtzeitig an uns. Auch haben wir dies zum Anlass genommen, Frau Dambrowski als Datenschutzbeauftragte der DRV-Nord um einen Beitrag für unsere news zu bitten, in dem sie alles Wissenswerte zum Datenschutz bei Forschungsprojekten im Sozialleistungsbereich zusammengestellt hat. Herzlichen Dank dafür!

Abschließend möchten wir uns noch dafür entschuldigen, dass in der Ausgabe 2012/1 der vffr-news in der Projektbeschreibung „Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation“ (Projekt-Nr. 118; Seite 5) die Rehaklinik Damp als Kooperationspartner nicht genannt wurde.

Genehmigte Projekte 2012

Megakognitives Training bei Depressionen (D-MTK): Evaluation eines neuartigen Gruppentherapieansatzes

Prof. Dr. Steffen Moritz; Dr. Dipl.-Psych. Lena Jelinek
UK Hamburg Eppendorf; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
161
RehaCentrum Hamburg des Klinikums Bad Bramstedt

PROJEKTLEITUNG
EINRICHTUNG
PROJEKT-NR.
KOOPERATIONEN

Trotz vorliegender erfolgreicher psychotherapeutischer und pharmakologischer Interventionen besteht weiterhin eine deutliche Versorgungslücke für Major Depression bzw. Dysthymie. Gleichzeitig nimmt die Prävalenz depressiv Erkrankter zu. Die Ergänzung bestehender Angebote durch (ambulante) psychosomatische Rehabilitationskonzepte stellt einen vielversprechenden Ansatz für die Zukunft dar. Trotz des bereits hohen Anteils depressiv Erkrankter unter den Patienten der psychosomatischen Rehabilitation fehlen bislang spezifische, auf dieses besondere Setting zugeschnittene Gruppentherapiekonzepte. Das von der Antragstellerin entwickelte Metakognitive Training bei Depressionen (D-MKT) soll diese Lücke verringern.

HINTERGRUND

Thema des Projektes sind „Denkverzerrungen“ bei depressiv Erkrankten. Mit Hilfe eines neuartigen Gruppenansatzes, dem Metakognitiven Training bei Depressionen, soll die Selbstwahrnehmung geschärft werden. Das Grundkonzept mit Blick auf Denkverzerrungen wurde bei Schizophrenen entwickelt und wird zurzeit bei Patienten mit Zwangsstörungen erprobt. Mit dem Konzept sollen bestehende strukturelle und inhaltliche Versorgungslücken in der ambulanten psychosomatischen Versorgung abgemildert werden. Es wird vermutet, dass das D-MKT zu einer Verbesserung der metakognitiven Verzerrungen sowie der depressiven Symptomatik führt. In der beantragten Studie soll das D-MKT im ambulanten psychosomatischen Setting evaluiert werden.

ZIELSETZUNG



(Fortsetzung Projekt 161)

METHODIK

Es soll eine randomisierte Interventionsstudie mit insgesamt 86 Rehabilitanden durchgeführt werden. Rehabilitanden der Interventionsgruppe erhalten neben der Standard-Rehabilitation das Metakognitive Training, Rehabilitanden der Kontrollgruppe erhalten neben der Standard-Reha eine doppelte Therapieeinheit Medizinisch-Technische Therapie und Entspannungstherapie. Die Rehabilitanden werden schriftlich zu drei Messzeitpunkten befragt, vor und nach der Intervention sowie nach sechs Monaten. Unterschiede werden hinsichtlich der depressiven Symptomatik (primäres Outcome: Hamilton Depression Rating Scale) und der Lebensqualität geprüft. Es wird angenommen, dass sich zunächst die kognitiven Verzerrungen verändern und es in einem zweiten Schritt zu Stimmungsbesserungen kommt.

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS

Im Falle eines positiven Outcomes ist eine flächendeckende und kostenlose Verbreitung des D-MKT (v.a. in Einrichtungen der psychosomatischen Rehabilitation, psychiatrischen Ambulanzen) durch die Veröffentlichung eines Trainingsmanuals sowie Trainingsmaterialien (pdf-Folien, Hausaufgabenblätter) für Therapeuten geplant. Es wird angestrebt, das Training auf eine ähnliche Weise zu verbreiten wie das „MKT für schizophrene Patienten“ (siehe www.uke.de/mkt), das mittlerweile in 23 Sprachen übersetzt wurde und kostenlos bezogen werden kann. Die pdf-Folien zur Durchführung des D-MKT sind bereits kostenfrei zum gegenwärtigen Zeitpunkt online verfügbar (www.uke.de/depression). Überdies sollen die Ergebnisse der Studie auf internationalen und nationalen Konferenzen (z.B. Reha-Kolloquium der DRV) vorgestellt und in peer-review Journalen publiziert werden.

Konstruktvalidität und prognostische Eigenschaften von *Functional Capacity Evaluation*, patientennahen Indikatoren der Funktionskapazität und sozialmedizinischen Parametern

PROJEKTLEITER

Prof. Dr. Thomas Kohlmann; Dipl.-Psych. Ines Buchholz

EINRICHTUNG

Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine

PROJEKT-NR.

165

KOOPERATIONEN

Sport- und Reha-Centrum Magdeburg GmbH, Ambulantes Reha-Zentrum Zwickau GmbH, Ambulantes Reha-Zentrum Riesa GmbH, Ambulantes Reha-Centrum Wolfsburg GmbH, Ambulantes Reha-Centrum Leipzig GmbH, Ambulantes Reha-Centrum Dresden GmbH, Ambulantes Reha-Centrum Chemnitz GmbH, Ambulantes Reha-Centrum Braunschweig GmbH, Fachklinik Bad Liebenstein, Reha-Zentrum Bad Pymont, MEDIAN Klinik Bad Sülze, Sana Rehabilitationsklinik Sommerfeld GmbH, Kremmen, Mühlenbergklinik Holsteinische Schweiz, Bad Malente-Gremesmühlen, Reha Zentrum Schwerin

HINTERGRUND

Die geplante Studie soll dazu beitragen, methodisch belastbare Informationen zu funktionellen Leistungstests (EFL) bereit zu stellen. Zugleich soll aufgezeigt werden, welche Bedeutung klassischen, methodisch gut erprobten Assessments im Rahmen der Eingangs- und Funktionsdiagnostik sowie der Reha-Erfolgsprognose zukommt.

ZIELSETZUNG

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung von berufs- und arbeitsplatzbezogenen Reha-Maßnahmen soll in der Studie die Frage untersucht werden, ob und wie die Ergebnisse verschiedener Instrumente zur Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Leistungstests wie EFL vs. patientenseitige Leistungsassessments wie PACT, FFbH-R oder SIBAR) und sozialmedizinische Indikatoren (AU-Tage, Rentenabsicht) zusammenhängen und welchen Beitrag sie jeweils zur Erkennung des medizinisch-beruflichen Behandlungsbedarfs und zur Einschätzung der beruflichen Wiedereingliederung leisten (RTW).

Da es bislang kaum Nachweise zur Beurteilung von EFL gibt und die vorliegenden Studien methodische Schwächen aufweisen, will die Studie dazu beitragen, methodisch belastbare Informationen zur Verfügung zu stellen und die Bedeutung der klassischen Assessments vergleichend darstellen.



(Fortsetzung Projekt 165)

Im Rahmen einer prospektiven Kohortenstudie sollen bei Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen zu drei Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende und dreimonatiges Follow-up) die verschiedenen Instrumente / Assessments eingesetzt werden. Teilnehmer sind Rehabilitanden aus zehn EFL-Einrichtungen Deutschlands (s. Kooperationspartner). Die Klinikauswahl beschränkt sich auf Einrichtungen mit EFL-zertifizierten Therapeuten und / oder Ärzten, sodass von einer standardisierten Testdurchführung und -auswertung ausgegangen werden kann. Die Patienten werden zu Beginn und am Ende der Reha in den Reha-Einrichtungen untersucht. Die Befragung zum Follow-up erfolgt postalisch. Eingeschlossen werden berufstätige Patienten mit einer manuellen Tätigkeit, die trainings- und belastungstabil sind, über ausreichende kognitive und sprachliche Fähigkeiten verfügen und nicht bereits Teilnehmer einer anderen Studie sind. Es werden Rehabilitanden mit einer Rückenerkrankung ausgewählt. Es soll eine Netto-Stichprobe von 400 Rehabilitanden rekrutiert werden. Die Auswertung erfolgt über Korrelationsanalysen, vergleichende Analysen der prognostischen Valenz sowie Regressionsmodelle, insbesondere logistische Regressionen.

Die hier dargestellte Studie zielt darauf ab, die Zusammenhänge zwischen verschiedenen patienten-nahen Maßen, testbasierten Maßen (EFL) und sozialmedizinischen Indikatoren zu analysieren sowie deren prognostische Eigenschaften im Hinblick auf die Prädiktion der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu untersuchen.

METHODIK

**RELEVANZ FÜR
DIE PRAXIS**

Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei pathologischen Glücksspielern: Ermittlung der Versorgungslage und Charakterisierung unterversorgter Zielgruppen

PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf

Universität zu Lübeck, Zentrum für integrative Psychiatrie

167

Prof. Dr. Ulrich John, PD Dr. Christian Meyer, Universitätsmedizin Greifswald

PROJEKTLEITER

EINRICHTUNG

PROJEKT-NR.

KOOPERATIONEN

Die Studie beruht auf bereits vorhandenen Stichproben der bundesweiten epidemiologischen Studie „Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie“ (PAGE). Es handelt sich um eine Querschnittserhebung, die verschiedene Rekrutierungswege in einem Patched-up-Design genutzt hat. Die PAGE-Studie (abgeschlossen 28.02.2011) wurde von den Bundesländern im Rahmen des Glücksspielstaatsvertrags gefördert und vom Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universitätsmedizin Greifswald (Prof. Dr. Ulrich John und PD Dr. Christian Meyer) und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck (PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf) durchgeführt. Die Studie identifizierte in verschiedenen Befragungsgruppen $N = 444$ pathologische Glücksspieler. $N = 49$ wurden in einer Reha-Einrichtung rekrutiert und $N = 133$ haben in der Vergangenheit eine Reha-Maßnahme in Anspruch genommen. Erste Hauptergebnisse sind im Projektbericht zu finden (C. Meyer et al., 2011b).

HINTERGRUND

Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

1. Wie hoch ist der Anteil pathologischer Glücksspieler, die in einer Reha-Klinik behandelt werden?
2. Wie unterscheiden sich Inanspruchnehmer und Nicht-Inanspruchnehmer?
3. Welche Personen sind unterversorgt bzw. nehmen keine Reha in Anspruch?

ZIELSETZUNG

Insgesamt $N = 444$ pathologische Glücksspieler mit ($N = 133$) und ohne Reha ($N = 311$) werden einander gegenübergestellt. Mit Hilfe von Regressionsanalysen werden Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer Merkmale, Vorhandensein von psychiatrischer Komorbidität und störungsspezifischer Merkmale (Schwere der Störung, Beeinträchtigung, negative Konsequenzen etc.) überprüft. Dies soll einmal für alle Personen als auch getrennt nach soziodemographischen Merkmalen und nach den jeweiligen Rekrutierungswegen geschehen.

METHODIK

Identifikation weiterer geeigneter Settings für die Sekundärprävention.

**RELEVANZ FÜR
DIE PRAXIS**



Kinder- und Jugend-Rehabilitation: Sicherung der Nachhaltigkeit durch Case-Management (KiJuRN-Studie)

PROJEKTLEITER Dr. Rainer Stachow, Prof. Dr. Petra Hampel
EINRICHTUNG Rehaforschung Fachklinik Sylt e. V.
PROJEKT-NR. 170
KOOPERATIONEN Universität Flensburg

HINTERGRUND Die stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas zeigt am Ende der Maßnahme bei rund 90-95 % der Teilnehmer eine signifikante Reduktion des BMI-SDS. Nach einem Jahr liegt eine solche Erfolgsquote nur noch bei rund 50 %. Verschiedene Ansätze für eine rehabilitative Nachsorge zeigten bisher keine relevanten Erfolge.

ZIELSETZUNG Im Rahmen einer prospektiven kontrollierten und randomisierten Interventionsstudie sollen ein Nachsorgekonzept für adipöse Kinder und Jugendliche im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation entwickelt, die Machbarkeit des Konzepts und die Inanspruchnahme der Maßnahme untersucht sowie erste Wirksamkeitsnachweise erbracht werden. Die Studie umfasst mehrere Forschungsschnitte:

1. Entwicklung eines Nachsorgekonzepts für adipöse Kinder und Jugendliche
2. Prüfung der Machbarkeit des Konzepts und Inanspruchnahme durch die Betroffenen
3. Wirksamkeit des Nachsorgekonzepts
4. Untersuchung von Prädiktoren für den möglichen Erfolg

METHODIK Hinsichtlich der Machbarkeit soll untersucht werden, ob und wie das Konzept angenommen wird, ob und wie poststationäre Maßnahmen am Heimatort angebahnt werden können, ob die Inanspruchnahme am Heimatort durch Kontakte gefördert werden kann und wie hoch der Zeitaufwand für ein Case Management pro Patient ist.

Für die Prüfung der Wirksamkeit soll eine prospektive, kontrollierte, randomisierte Interventionsstudie durchgeführt werden. Eingeschlossen werden 240 Rehabilitanden, die mindestens zwei definierte Risikofaktoren hinsichtlich des Reha-Erfolgs aufweisen. Die Randomisierung erfolgt durch die Universität Flensburg.

Die Rehabilitanden der Kontrollgruppe erhalten Standardrehabilitation und -nachsorge, mit den Rehabilitanden der Interventionsgruppe wird gemeinsam ein Maßnahmenplan für die Nachsorge erarbeitet und, wenn möglich, angebahnt. Nach Entlassung des Rehabilitanden hält der Case Manager Kontakt zum Patienten, um die Adhärenz des Patienten an den Maßnahmenplan zu fördern. Diese Kontakte erstrecken sich über fünf Telefontermine, wobei der erste 50, die folgenden vier 15 - 50 Minuten umfassen. Im Telefonat werden die Umsetzung der in der Rehabilitation vereinbarten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen erfasst sowie Risikofaktoren für einen Rückfall und gegebenenfalls weiteren Unterstützungsbedarf bei der Umsetzung der Reha-Ziele. Die Intervalle der Telefonkontakte sind nach einem Ausblendschema konzipiert und erstrecken sich von zwei bis zu sieben Wochen.

Die Rehabilitanden werden zu vier Messzeitpunkten (vor und nach der Reha, nach Beendigung der Nachsorge und nach sechs Monaten) mit standardisierten Erhebungsinstrumenten befragt. Darüber hinaus werden der behandelnde Hausarzt sowie die Eltern zum Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen befragt.

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS Basierend auf den Ergebnissen der Studie soll geklärt werden, in welchem Umfang ein personeller Bedarf für das Case Management für die routinemäßige Realisierung einer Nachsorgevorbereitung und Anbahnung zukünftig eingeworben werden soll. Die Ergebnisse dieser Studie können somit Auswirkungen auf die Weiterentwicklung der KinderReha insgesamt und Hinweise für eine Umsetzung in größerem Umfang haben.



Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigung in den Bereichen Aktivität und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Dr. Anna Levke Brütt, Prof. Dr. Holger Schulz
UKE Hamburg, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
173 (Folgeprojekt zu Nr. 158)

Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Curtius Klinik Bad Malente; Fachkrankenhaus Ginsterhof, Rosengarten; Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Segeberger Kliniken GmbH; Schön Klinik Bad Bramstedt

PROJEKTLEITER
EINRICHTUNG
PROJEKT-NR.
KOOPERATIONEN

Neben der Symptomreduktion sind die soziale Teilhabe und die Wiedergewinnung von Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung wichtige Ziele der stationären psychosomatischen / psychotherapeutischen Rehabilitation. Für die erfolgreiche und nachhaltige Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen ist es sinnvoll, den poststationären Verlauf zu analysieren und Prädiktoren zu bestimmen. In einer durch den *vffr* geförderten Entwicklungsphase wurden mögliche Einflussfaktoren identifiziert und durch Fragen operationalisiert. Diese Risikocheckliste setzt sich aus Patientenangaben sowie ergänzenden Therapeuteinschätzungen zusammen.

HINTERGRUND

Um die Risikocheckliste für die Praxis nutzbar zu machen ist es notwendig, in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob die erstellte Risikocheckliste psychometrischen Kriterien genügt und den Verlauf von Patienten mit psychischen Störungen nach der Rehabilitation vorhersagen kann. Nur durch eine solche Analyse können auf der Basis reliabler und valider Werte in der Risikocheckliste Therapieentscheidungen gefällt werden. Die psychometrische Überprüfung der Risikocheckliste ist das Ziel dieses Projektes. Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

ZIELSETZUNG

1. Kann aufgrund der Itemcharakteristika eine Kürzung bzw. Revision der in der Entwicklungsphase eingesetzten Risikocheckliste erfolgen?
2. Erweist sich die ggf. revidierte Risikocheckliste als reliabel?
3. Können die zur Risikocheckliste zusammengefassten Items den Verlauf von Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und der Teilhabe nach einer stationären psychosomatischen / psychotherapeutischen Behandlung vorhersagen?
4. Können Cut-off-Werte ermittelt werden, die eine Identifikation von Risikopatienten ermöglichen?

In dieser Studie werden zunächst die Verteilungseigenschaften der Checkliste anhand der Daten aus der Vorstudie ($N = 100$) untersucht. Für die Untersuchung der prognostische Validität und die Bestimmung der Cut-off-Werte werden in den beteiligten Reha-Kliniken 600 Rehabilitanden rekrutiert. Zu Beginn der Reha füllen die Rehabilitanden die Risikocheckliste aus. Die Reliabilität wird anhand dieser Daten der Hauptstudie erneut geprüft. Ebenfalls zu Beginn der Reha sowie nach der Reha und nach 6 Monaten füllen die Rehabilitanden einen standardisierten Fragebogen zu verschiedenen Aspekten von Aktivität und Teilhabe aus. Mit diesen Daten wird die prognostische Validität der Risikocheckliste mit Hilfe von Korrelations- und Regressionsanalysen überprüft. Abschließend werden die Cut-off-Werte anhand von Sensitivitäts- und Spezifitätsanalysen und mit Hilfe von ROC-Kurven bestimmt. Am Ende der Hauptstudie soll eine psychometrisch überprüfte Risikocheckliste hinsichtlich der Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe vorliegen, mit der anhand der Cut-off-Werte das Risiko für einen Patienten mit vermutlich ungünstigem Verlauf eingeschätzt werden kann.

METHODIK

Eine psychometrisch überprüfte Risikocheckliste hinsichtlich Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe bei Patienten nach psychosomatischer / psychotherapeutischer Rehabilitationsbehandlung soll zur Verfügung stehen. Anhand der darüber identifizierten Cut-off-Werte kann somit das Risiko für einen Patienten mit späterem ungünstigerem Verlauf gezielter eingeordnet werden und die Behandlung kann entsprechend korrektiv modifiziert werden.

**RELEVANZ FÜR
DIE PRAXIS**



Welche Informationen benötigen niedergelassene Ärzte im Zusammenhang mit der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung?

PROJEKTLEITER	Dr. Ruth Deck, Dipl.-Psych. Nadine Pohontsch
EINRICHTUNG	UKSH, Institut für Sozialmedizin
PROJEKT-NR.	177
KOOPERATIONEN	DRV-Nord

HINTERGRUND „Niedergelassene Ärzte wissen zu wenig über die medizinische Rehabilitation.“ Befragte Ärzte geben immer wieder an, unsicher zu sein, für welche Patienten eine Reha in Frage kommen würde, was genau in der Rehabilitation geschehe und wie sich die formalen Abläufe einer Reha-Antragsstellung und des Begutachtungsprozess gestalten. Es bestehen Unsicherheiten, wie ein Reha-Antrag überhaupt ausgefüllt sein soll. Zudem geben die niedergelassenen Ärzte auch Unsicherheiten bei der Erkennung von Rehabilitationsbedarf zu und fordern das Publizieren und die Offenlegung von Reha-Bedarfs-Checklisten. Auch die Tatsache, dass z. B. viele Reha-Anträge mit der Begründung „ambulante ärztliche Behandlung ausreichend“ (Legner, 2010; Pohontsch et al., 2010) abgelehnt werden, spricht für einen großen Bedarf an Aufklärung und Informationen bei vielen niedergelassenen Ärzten.

ZIELSETZUNG Ziel des Projekts ist die Erfassung des Informationsbedarfs von niedergelassenen Ärzten zum Themenkomplex Rehabilitation der DRV. Mit einer online-Befragung sollen die von den niedergelassenen Ärzten benötigten Informationen erfasst werden, diese bilden die Grundlage für die Erstellung einer nutzerorientierten Webseite zur Rehabilitation der DRV. Die Ausgestaltung der Homepage erfolgt durch die DRV (Nord und Bund) in Kooperation mit den Antragstellerinnen.

METHODIK **Qualitative Datenanalyse**
Die Sekundäranalyse der bereits erhobenen qualitativen Daten (*vffr*-Projekt Nr. 146) erfolgt mittels inhaltsanalytischer Verfahren nach Mayring (2010).

Quantitative Datenanalyse

Die Auswertung der online erhobenen Daten erfolgt überwiegend deskriptiv. Die Datenanalyse erfolgt mit dem Statistikpaket SPSS 20. Das Ergebnis der Online-Befragung stellt eine Liste von „Bedarfen“ an Homepage-Inhalten der niedergelassenen Ärzte dar. Auch die Frage nach der bevorzugten Informations- und Kommunikationsform soll so geklärt werden. Die Ergebnisse werden in einer erneuten Expertenrunde mit Vertretern der DRV diskutiert und mit den schon vorhandenen Materialien (Brochüren, Webseiten) abgeglichen.

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS Die in der Befragung erhobenen Daten der niedergelassenen Ärzte werden vorwiegend deskriptiv ausgewertet und stellen die Basis für eine Webseite mit Informationen zum Themenkomplex Rehabilitation der DRV für vor allem niedergelassene Ärzte dar. Die Ausgestaltung der Homepage erfolgt durch die DRV (Nord und Bund) in Kooperation mit den Antragstellerinnen.

Reha bei Menschen mit Migrationshintergrund: ein prioritäres Förderthema des *vffr* 2013

Zurzeit leben in Deutschland ca. 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, das ist jeder fünfte Einwohner. Personen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in verschiedenen gesundheitsrelevanten Faktoren von Menschen ohne Migrationshintergrund, sie scheinen aber vor allem in der medizinischen Rehabilitation unterrepräsentiert zu sein. Für den *vffr* ist es daher von besonderer Relevanz, ob die gegenwärtigen Leistungen zur medizinischen Reha dem Reha-Bedarf, den Erwartungen, Krankheitsvorstellungen und den Reha-Zielen von Personen mit Migrationshintergrund gerecht werden, um einen möglichst großen Reha-Erfolg zu erzielen. Vor diesem Hintergrund plant der *vffr*, Forschungsprojekte die sich mit der Thematik **Rehabilitation bei Personen mit Migrationshintergrund** beschäftigen, prioritär zu fördern. Als Themen kommen sowohl der Zugang zu Reha, spezielle, kulturell adaptierte Angebote in der Reha, Reha-Verlauf- und Prozesse sowie Reha-Erfolg bei dieser Bevölkerungsgruppe in Frage. Interessierte können beim *vffr* eine entsprechende Antragskizze einreichen, die nach den Richtlinien des *vffr* abgefasst werden sollte, ferner müssen die lokalen Voraussetzungen des *vffr* erfüllt sein (nähere Informationen und Fristen: www.reha-vffr.de).

Dr. Ruth Deck: ruth.deck@uksh.de, Dr. Nathalie Glaser-Möller: nathalie.glaser-moeller@drv-nord.de

Datenschutz bei Forschungsprojekten im Sozialleistungsbereich

von Susanne Dambrowski

Deutsche Rentenversicherung Nord, Datenschutzbeauftragte und Antikorruptionsbeauftragte

Kontakt: Susanne.Dambrowski@drv-nord.de

Was steht im Gesetz?

Jeder hat nach § 35 SGB I Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Eine Übermittlung von Sozialdaten ist nur zulässig, soweit eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis vorliegt (§ 67d SGB X).

Eine dieser gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse ist in § 75 SGB X geregelt. Danach ist die Übermittlung von Sozialdaten für Forschungsvorhaben im Sozialleistungsbereich unter bestimmten Voraussetzungen zulässig. Dabei ist grundsätzlich die Einwilligung des Betroffenen¹ einzuholen.

Die Anforderungen an eine Einwilligung sind in § 67b SGB X beschrieben: Sie muss auf freier Entscheidung beruhen. Der Betroffene ist auf den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung oder Nutzung seiner Daten und die Folgen einer Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen. Ihm sind die konkreten Datenflüsse darzustellen. Die Einwilligung hat grundsätzlich schriftlich zu erfolgen, eine Einwilligung durch konkludente Handlung kommt nur ausnahmsweise in Betracht.

Die Übermittlung von Sozialdaten für wissenschaftliche Forschung, die außerhalb des Sozialleistungsbereiches liegt, wird übrigens durch § 75 SGB X nicht abgedeckt.

Anforderungen an Forschungsprojekte aus Sicht des Datenschutzes

1) Das Datenschutzkonzept

Sollen Versicherte der Deutschen Rentenversicherung in Forschungsprojekte einbezogen werden, müssen sich die Forscher zunächst folgende Fragen stellen:

- Welche Daten sollen ausgewertet werden?
- Woher und wie sollen die Daten beschafft werden?
- Wer erhebt die Daten?
- Wann werden die Daten erhoben (zeitliche Abfolge)?
- Wie und wann wird die Einwilligung des Versicherten eingeholt?

- Sollen Daten aus verschiedenen Quellen zusammengeführt werden?
- Kann, ggf. ab wann, auf Namen verzichtet werden?
- Wann werden die Daten gelöscht?

Die Antworten auf diese Fragen sind in dem dem Rentenversicherungsträger vorzulegenden Datenschutzkonzept zu beantworten. Darin ist darzustellen, ob und ggf. wann personenbezogene Daten oder Sozialdaten im Projekt benötigt werden, wer mit diesen Daten umgeht und welche Maßnahmen zum Schutz der Vertraulichkeit dieser Daten ergriffen werden (Datenschutz).

2) Die Teilnehmerinformation

Damit potentielle Teilnehmer am Forschungsprojekt in freier Entscheidung einwilligen können, müssen sie zunächst transparent und verständlich über das Projekt und die Abläufe bei der Datenerhebung und der Datenverarbeitung informiert werden. Die Teilnehmerinformation sollte deswegen das Forschungsvorhaben bezeichnen und kurz beschreiben und auf die Zweckbestimmung der Daten eingehen. Projektverantwortliche und mögliche Ansprechpartner bei Fragen sind zu nennen. Die Vorgehensweise von der Datenerhebung bis zur Löschung der personenbezogenen Daten ist zu erläutern und es sind Hinweise zur Freiwilligkeit der Teilnahme und zum Datenschutz zu geben.

3) Die Einwilligungserklärung

Mit der schriftlichen Einwilligung bestätigen die Teilnehmer, dass sie über das Projekt informiert worden sind, daran teilnehmen möchten und mit der in der Teilnehmerinformation beschriebenen Datenerhebung einverstanden sind. Sie sollte auch darauf hinweisen, dass die Teilnahme ohne Nachteile widerrufen werden kann. Die Einwilligungserklärung muss aufbewahrt werden, bis die Datenerhebung abgeschlossen ist. Wenn sie nicht mehr benötigt wird, ist sie zu vernichten.

¹ Soweit im Text Personen betreffend nur die männliche Form verwendet wird, geschieht dieses ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.



Die Praxis:

Ein Forschungsprojekt – Versicherte von mehreren Rentenversicherungsträgern

Versicherte verschiedener Rentenversicherungsträger, die in Forschungsvorhaben einbezogen werden sollen, halten sich oft gemeinsam in einer Rehabilitationseinrichtung auf oder Rehabilitationseinrichtungen verschiedener Rentenversicherungsträger werden in das Projekt einbezogen. Außerdem nutzen die Forscher für ihre Projekte verschiedene Datenquellen, zum Beispiel

- die Patienten oder Versicherten (Fragebogen)
- Klinikakten (Behandlerfragebogen)
- Daten von Versicherten (Patienten), die ein Rentenversicherungsträger speichert
- sonstige, nicht personenbezogene Daten eines Rentenversicherungsträgers
- Daten durch Befragung von Mitarbeitern der Klinik
- Daten durch Befragung von Mitarbeitern des Rentenversicherungsträgers.

Die Verantwortung für die Weitergabe von Daten an die Forscher trägt die übermittelnde Stelle. Demnach muss jede einzelne Datenquelle prüfen, ob sie personenbezogene Daten an die Forscher übermitteln darf.

Folgende Fallkonstellationen sind denkbar:

Die Forscher beantragen die Förderung ihres Projekts durch einen Rentenversicherungsträger oder durch den vffr beziehungsweise das Projekt wird durch einen Rentenversicherungsträger initiiert

Der fördernde Rentenversicherungsträger prüft das Projekt einschließlich des Datenschutzkonzeptes, der Teilnehmerinformation und der Einwilligungserklärung (Gesamtprüfung).

Das Ergebnis wird den Forschern mitgeteilt. Außerdem werden alle Unterlagen des Projekts über eine Datenbank den anderen Ren-

tenversicherungsträgern zur Kenntnis gegeben.

Die Forscher wollen Daten des Rentenversicherungsträgers für ihr Projekt nutzen

Die Forscher wollen Daten, die beim Rentenversicherungsträger vorhanden sind, nutzen oder in einer trägereigenen Klinik ein Projekt durchführen oder Mitarbeiter eines Rentenversicherungsträgers in das Projekt einbeziehen. Der jeweilige Rentenversicherungsträger prüft eigenverantwortlich die informierte Einwilligung und teilt sein Ergebnis den Forschern mit. Gegebenenfalls wird der Kontakt zu den Mitarbeitern über den Rentenversicherungsträger hergestellt.

Die Forscher wollen Daten aus einer Klinik haben, in der Versicherte der Deutschen Rentenversicherung (DRV) behandelt werden (Belegklinik)

Die Belegklinik prüft eigenverantwortlich, ob und auf welcher Rechtsgrundlage die Datenübermittlung an die Forscher zulässig ist und teilt das Ergebnis den Forschern mit. Die RV-Träger übermitteln diesen Kliniken Sozialdaten zur Erbringung der Rehabilitation. Als Empfänger von Sozialdaten hat die Belegklinik diese in gleicher Weise zu schützen, wie die Stelle, von der sie die Daten erhalten hat.

Verantwortung für den Datenschutz bei Forschungsprojekten

Die Gesamt- oder Hauptverantwortung für den Umgang mit personenbezogenen Daten während der Durchführung des Forschungsvorhabens liegt gemäß § 3 Abs. 7 Bundesdatenschutzgesetz bei den Forschern. Die Verantwortung der Forscher besteht darin festzustellen, welche Rechtsgrundlagen die Erhebung und Verarbeitung der Daten zulassen und welche Schutzmaßnahmen für einen vertraulichen Umgang mit den Daten zu ergreifen sind. Deswegen müssen die Forscher bei jedem Projektantrag eine Erklärung einreichen, mit der sie die Verantwortung für das Datenschutzkonzept übernehmen.

Unterstützung der Forscher

Die DRV Bund hat verschiedene Dokumente und Anleitungen entwickelt, die die Forscher bei der Erstellung von Projektanträgen und Gestaltung von Teilnehmerinformationen und Einwilligungserklärungen unterstützen. Diese sind zu finden im Internet unter

www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/03_forschungsfoerderung/forschungsfoerderung_index



Teilnahmebereitschaft an wissenschaftlichen Untersuchungen: Warum kann sie eine enorme Hürde darstellen und wie kann man dieser entgegenwirken? Ergebnisse einer Fokusgruppenuntersuchung

von Dipl.-Psych. Demet Dingoyan, Prof. Dr. Holger Schulz und Dr. Mike Mösko
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Medizinische Psychologie
Kontakt: d.dingoyan@uke.de

Die Bereitschaft an einer wissenschaftlichen Befragung teilzunehmen, stellt sich für bestimmte Zielgruppen besonders schwierig dar. In einem systematischen Review von Ford et al. (2007) wird in diesem Zusammenhang berichtet, dass neben Migrantengruppen auch ältere Menschen, Frauen sowie Menschen aus ländlichen Gebieten oder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wesentlich geringer an onkologischer Forschung teilnehmen als andere Personengruppen. Für die bei wissenschaftlichen Untersuchungen festgestellte geringe Teilnehmerate von Migrantengruppen (Blohm et al., 2001; Diehl, 2007; Hussain-Gambles et al., 2004) liefert die Literatur einige Hinweise auf mögliche Ursachen. Hierunter fallen unter anderem die regelrechte Angst vor negativen Konsequenzen einer Teilnahme, ein Mangel an Informationen hinsichtlich des Durchführungsprozesses sowie ein generelles Misstrauen gegenüber Forschungseinrichtungen und ihren Mitarbeitern (Corbie-Smith et al., 1999; DeBaun et al., 2009; Shavers et al., 2002).

In Vorbereitung auf die bundesweit erste epidemiologische Erhebung zur Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (www.segemi.de), die in Kooperation zwischen dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Charité - Universitätsmedizin Berlin durchgeführt wurde, wollten wir die möglichen Teilnahmebarrieren und Ressourcen der Zielgruppe genauer erfragen. Hierzu führten wir im Vorfeld in Hamburg vier Fokusgruppen durch. Die Teilnehmer/innen ($N = 37$), die selbst ebenfalls einen türkischen Migrationshintergrund hatten, wurden via Schneeballverfahren rekrutiert und erhielten für ihre Teilnahme eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro. Zwei wesentliche Fragestellungen wurden im Rahmen der Diskussionsrunden verfolgt:

(1) Welche Gründe können die geringe Teilnehmeraten von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bei epidemiologischen Untersuchungen in Deutschland ihrer Meinung nach erklären?

(2) Welche Maßnahmen können ihrer Meinung nach dazu beitragen, Menschen mit türkischem Migrationshintergrund zu motivieren, an epidemiologischen Untersuchungen teilzunehmen?

Die Inhaltsanalysen der Fokusgruppen (Mayring, 2002) weisen eine große Bandbreite an möglichen Teilnahmebarrieren auf, die seitens der Teilnehmer/innen geäußert wurden. Da mit 78 Prozent deutlich mehr Frauen an den Fokusgruppen teilgenommen haben, nahmen bei der Nennung und Diskussion von möglichen Gründen insbesondere genderspezifische Aspekte eine Rolle ein. In diesem Zusammenhang wurde beispielsweise geäußert, dass Frauen nicht immer frei über eine Teilnahme entscheiden könnten, sondern von dem Einverständnis ihrer Ehemänner oder vergleichbarer Autoritätspersonen, wie des Bruders oder Onkels abhängig seien („Viele Frauen werden von ihren Männern kontrolliert und unter Druck gesetzt, es gehört viel Mut dazu an solch einer Befragung teilzunehmen.“). Als weitere zentrale Aspekte für mögliche Ursachen einer geringen Teilnahmebereitschaft wurden ein Mangel an Wissen sowie ein Mangel an Interesse gegenüber Forschungsprojekten genannt. Das mangelnde Wissen wurde oftmals mit der eigenen grundlegenden Haltung gegenüber Bildung in Verbindung gebracht („Leider hat Bildung keine große Bedeutung für die Türken und sie nehmen sie nicht ernst.“), während das mangelnde Interesse im Sinne einer allgemeinen Gleichgültigkeit und Passivität beschrieben wurde, ohne diese näher zu erläutern („Die Türken bleiben solchen Projekten gegenüber desinteressiert.“). Darüber hinaus wurden Interaktionsprobleme genannt, die aufgrund kultureller Unterschiede, Kommunikationsproblemen sowie mangelnder Empathie auf Seiten der Deutschen Bevölkerung nicht nur zu Ausgrenzungsgefühlen sondern auch zu einer Zurückhaltung bei Forschungsprojekten führen könnten („Wir stehen außerhalb des sozialen Lebens, die Interaktion mit den Deutschen fehlt uns.“). Daran anknüpfend wurden weitere Ursachen für eine geringe Teilnahmebereitschaft in Gefühlen des Misstrauens



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

(„Misstrauen, wenn ein Brief von einer unbekanntem Stelle kommt. Misstrauen gegenüber der deutschen Bevölkerung.“) und der Angst („Angst übers Ohr gehauen zu werden und nicht mehr aus der Sache herauszukommen.“) geäußert.

Hinsichtlich möglicher motivierender Faktoren wurde seitens der Teilnehmer/innen darauf hingewiesen, dass bei der Öffentlichkeitsarbeit, neben dem Einsatz von klassischen Medien (z. B. Radio, Zeitung, Fernsehen), insbesondere die Mundwerbung - also die Bekanntmachung der Forschungsprojekte über diverse Vereine, Moscheen (Hocas), türkische Ärzte und diverse soziale Veranstaltungen - große Wirksamkeit auf die Teilnahmebereitschaft haben könnte. Dabei sei es wichtig durch eine transparente Kommunikation der Studienziele sowie der Studienbedingungen Vertrauen aufzubauen. Ergänzend könne die Teilnahmebereitschaft durch die Bereitstellung von sowohl monetären als auch nicht-monetären (z. B. Verpflegung, Kinderbetreuung) Incentivierungen erhöht werden. Konkret wurden 10 Euro pro Befragungsstunde als eine notwendige und angemessene Honorierung angesehen. Darüber hinaus wurden Empfehlungen bezüglich der Befragungsbedingungen ausgesprochen. In diesem Zusammenhang wurde ein türkischer Migrationshintergrund der Interviewer/innen selbst sowie die Beherrschung der türkischen Sprache als wichtig erachtet. Eine weitere motivierende Maßnahme wurde in der Herausstellung der Relevanz des durchgeführten Forschungsprojekts und des Nutzens für die eigene Person oder für die nachfolgenden Generationen gesehen.

Bei der Beurteilung der Inhaltsanalysen ist zu berücksichtigen, dass der Großteil der Teilnehmer/innen eine eigene Migrationserfahrung mitbrachte (84 Prozent) und die türkische Sprache als ihre Muttersprache (89 Prozent) angab. Es ist anzunehmen, dass für diese Personengruppe Ausgrenzungserfahrungen und die

geäußerte Skepsis gegenüber Forschungsinstitutionen ein nachvollziehbares und reales Bild widerspiegelt. In Bezug auf den höchsten Schulabschluss zeigt sich bei den Teilnehmer/innen der Fokusgruppen ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen niedriger (27 Prozent gaben an, die Grundschule abgeschlossen zu haben) und hoher Schulbildung (27 Prozent gaben an, das Gymnasium abgeschlossen zu haben). Insgesamt weisen die Auswertungen darauf hin, dass bei Forschungsprojekten mit migrantenspezifischem Schwerpunkt bestimmte (zusätzliche) Maßnahmen erforderlich sind und bereits in der Planungsphase berücksichtigt werden sollten. Vor dem Hintergrund einer gewissen Unvertrautheit mit wissenschaftlichen Untersuchungen und einer möglicherweise dadurch beeinflussten Ängstlichkeit erscheinen vertrauensbildende Maßnahmen vor allem durch die Vernetzung mit der jeweiligen Community auf verschiedenen Wegen sowie die Einbindung eines multikulturellen Feldteams unabdingbar. Ähnliche Bedeutung kommt der Verwendung von mehrsprachigen Informationsmaterialien und Befragungsinstrumenten zu, die im Vorfeld kultursensibel übersetzt und getestet werden sollten.

Wenngleich die Erkenntnisse aus den Fokusgruppen im Rahmen einer epidemiologischen Studie gewonnen wurden, können diese möglicherweise eine Anregung für die rehabilitative Forschung und Versorgung darstellen.

Der Beitrag ist angelehnt an die Originalliteratur: Dingoyan, D, Schulz, H, Mösko, M (2012) The willingness to participate in health research studies of individuals with Turkish migration backgrounds: barriers and resources. A qualitative analysis of focus groups. *Journal of European Psychiatry*, 28-33.





Integration und Gesundheit für alle - das MiMi-Projekt zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Prävention mit Migranten für Migranten

von Dipl.-Soz.-Wiss. Ramazan Salman und Dipl.-Psych. Elena Kromm-Kostjuk

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Kontakt: ethno@onlinehome.de

Über 18 % der Bevölkerung in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Für viele davon ist die Komplexität des deutschen Gesundheitssystems undurchschaubar. Gerade Neuankommlinge oder weniger integrierte Gruppen haben wegen sprachlicher, kultureller und rechtlicher Barrieren nur einen erschwerten Zugang zu öffentlichen Angeboten und gesellschaftlichen Ressourcen.

Sie leiden entsprechend unter schlechteren Gesundheitsbedingungen: höhere Säuglings- und Müttersterblichkeit, mangelnder Impfstatus, mehr Infektionskrankheiten, stark erhöhte Prävalenz bei Diabetes, Adipositas, Depressionskrankheiten und Berufsunfähigkeit, größeres Risiko von Alterskrankheiten sowie höheres Unfallrisiko im Betrieb.

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. (EMZ) will das ändern, denn gesunde Migrantinnen und Migranten sind wirtschaftlich erfolgreicher, haben mehr Bildungschancen und tragen nachhaltig zur Sicherung des Sozialsystems bei. Das Zentrum hat es sich deshalb zur Aufgabe gemacht, Migrantinnen und Migranten mittels kultursensibler Gesundheitsförderung und Prävention in das öffentliche Leben in Deutschland zu integrieren. Das EMZ kooperiert dabei mit Städten und Kommunen, Landesregierungen, Krankenkassen, Rentenversicherungen, zivilgesellschaftlichen, unternehmerischen sowie universitären Partnerinnen und Partnern.

Durch die verstärkte Förderung des Gesundheitsbewusstseins, mehr Eigenverantwortung und Hilfe zur Selbsthilfe wird die Integrationsbereitschaft bei Migrantinnen und Migranten unterstützt. Gleichzeitig stärkt das Zentrum Institutionen der Regelversorgung und Fachkräfte. Durch Weiterbildung, Forschung und Publikationen wird ihre interkulturelle Handlungskompetenz gestärkt, um Öffnung der bestehenden Regelangebote zu fördern.

Das Thema Gesundheit ist dabei der Anfangspunkt für Gespräche und Informationsvermittlung. Jeder Migrant hat zu diesem Thema eine besondere Beziehung, da Migration körperlich und seelisch belastend sein kann und Integrationsfolge stark von Gesundheits- und Bildungsressourcen sowie der Teilhabe am Arbeitsmarkt abhängen.

Bedauerlicherweise sind Migrantinnen und Migranten über die Angebote des Deutschen Gesundheitssystems nur unzureichend informiert, was ihre Zugangschancen zu wichtigen Gesundheitsdienstleistungen erschwert. Dies betrifft insbesondere Präventionsangebote und fachärztliche Dienstleistungen. Zu weiteren Zugangsbarrieren können sprachliche Defizite, soziokulturelle Hintergründe und nachteilige Bildungsvoraussetzungen gerechnet werden.

Bundesweit unterstützt das Zentrum deshalb Migrantinnen und Migranten durch Gesundheitslotsen, Dolmetscherservices, Beratungsaktivitäten, Präventionsprogramme und mehrsprachige Informationsbroschüren Angebote des Gesundheitssystems zu nutzen und motiviert sie zu gesunden Lebensweisen.

Zentral in der Arbeit des EMZ ist das Gesundheitsprojekt MiMi, das interkulturelle Gesundheitsinformation mit Migranten für Migranten in fünfzehn Sprachen ermöglicht. MiMi bildet erfolgreiche, gut integrierte Migrantinnen und Migranten zu Lotsinnen und Lotsen für Gesundheit und Integration aus. Diese MiMi-Lotsinnen und -Lotsen dienen als Vorbilder für ihre Landsleute. Es gelingt ihnen häufig besser als Einheimischen, hier lebende Migrantinnen und Migranten in Moscheen, Gemeinden, Freizeitzentren, Schulen oder Migrantenvereinen zu erreichen. Sie unterstützen Migrantinnen und Migranten in ihren Integrationsbemühungen und motivieren sie zur sinnvollen Nutzung des deutschen Gesundheitssystems.



Für diese Aufgabe werden die Lotsinnen und Lotsen in einer 50-stündigen Schulung, die unter Einbeziehung der lokalen Akteure des Gesundheitswesens durchgeführt wird und auch Elemente der Erwachsenenbildung enthält, ausgebildet. Neben der Vermittlung der grundlegenden Gesundheitsinformationen erhalten sie Kenntnisse zu den örtlichen Gesundheitsdiensten und sozialen Einrichtungen. Daneben werden sie mit einem reichhaltigen und weiter aufbauenden Fortbildungsprogramm mit verschiedensten Gesundheitsthemen unterstützt. Andere Elemente des Projektes sind die Erstellung und Verbreitung mehrsprachiger Wegweiser zu diversen Gesundheitsthemen, Evaluation und Öffentlichkeitsarbeit.

Seit der Entwicklung des MiMi-Programms im Jahre 2004 wurden über 1800 Lotsinnen und Lotsen für Gesundheit aus 136 Ländern ausgebildet. In über 5000 Informationsveranstaltungen wurden mehr als 60.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer direkt erreicht. Werden die Familienangehörigen und die durch mehrsprachige Gesundheitsbroschüren erreichten Migrantinnen und Migranten hinzugerechnet, erhöht sich diese Zahl auf über 450.000 Nutznießerinnen und Nutznießer. Hierbei fiel der Frauenanteil unter den Lotsinnen und Lotsen als auch den Besucherinnen und Besucher der Veranstaltungen mit etwa 75 % besonders hoch aus.

Im Norden wurde das MiMi-Programm seit 2004 in 12 Standorten Niedersachsen und Bremen, seit 2005 in Hamburg und seit 2007 in Schleswig-Holstein (Kiel, Neumünster und Lübeck) implementiert. Kooperationspartnerinnen und -partner sowie Förderer sind hierbei das Niedersächsische Sozialministerium, die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg, das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung Schleswig-Holstein, die Betriebskrankenkassen, der Verband für Kinder- und Jugendarbeit Hamburg e. V., der AWO Landesverband Schleswig-Holstein e. V., das Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck, die Ärztekammer und der landesweite Arbeitskreis Migration des Landes Schleswig-Holstein, die Schwabfoundation for Socialentrepreneurship sowie das Unternehmen Sanofi Pasteur MSD GmbH. Diese breiten Vernetzungsgrade und Trägerschaften sowie die damit zusammenhängende geteilte Verantwortung und Arbeits-

teilung sorgen für nachhaltige Ergebnisse beim Zugang der Migrantinnen und Migranten in die Versorgungssysteme, ebenso des Zugangs von Gesundheitsdiensten zu den Migrantengemeinschaften.

Deshalb untersuchte die WHO in einer Case Study die MiMi-Technologie auf ihre Nachhaltigkeit. Die Ergebnisse bezüglich des Zugangs zu den Migrantengemeinschaften und der Kosteneffizienz waren derart vielversprechend, dass die WHO in der Folge MiMi als Best Practice Model auszeichnete. Hiervon ließ sich auch die Europäische Union überzeugen und führte gemeinsam mit dem EMZ ein dreijähriges MiMi-Programm zum Thema AIDS- und Suchthilfe in sechs Staaten durch. Auf Bundesebene wurden MiMi-Landesprogramme bisher in zehn Bundesländern und erstmalig auch in Österreich im Bundesland Wien realisiert.

Daneben wurde MiMi auch als ein Programm zur betrieblichen Gesundheit bei BMW in München sowie bei der Münchener Stadtentwässerung realisiert. Ebenso wurden betriebliche Gesundheitsaktivitäten gemeinsam mit der Deutschen Diabetesstiftung und dem Volkswagenwerk in Hannover durchgeführt. Somit hat sich die „MiMi-Präventionstechnologie zur Gesundheit“ in zahlreichen Handlungsfeldern und bei wichtigen Zielgruppen lokal, national und international bewährt.

Da Migrantinnen und Migranten auch über Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation kaum ausreichend informiert sind und trotz eines erhöhten Reha-Bedarfs bei ihnen eine zu geringe und häufig späte Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Reha beobachtet wird, bietet sich das MiMi-Konzept auch für das Aufgabenfeld der Deutschen Rentenversicherung und für die Reha-Forschung an. Von Interesse sind hierbei die Diskussion verschiedener Zugangsbarrieren und empirische Erkenntnisse.

Deshalb haben das Ethno-Medizinische Zentrum und die Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung (KoReFo) an der Medizinischen Hochschule Hannover (Klinik für Rehabilitationsmedizin), unterstützt durch die Deutschen Rentenversicherungen Braunschweig-Hannover, Nord sowie Oldenburg-Bremen, gemeinsam beschlossen, ein Forschungs- und Praxisprogramm MiMi-Reha zu entwickeln.

MiMi-Reha soll in Abstimmung mit der DRV zur Identifikation und Senkung von Zugangsbarrieren zur medizinischen Reha bei Migrantinnen und Migranten dienen. Hierbei werden Maßnahmen der Informationsvermittlung bei betroffenen Migrantinnen und Migranten und ebenso Angebote der interkulturellen Kompetenzentwicklung von Reha-Beraterinnen und Beratern entwickelt. Vorrangige Ziele sind dabei die gleichberechtigte Teilhabe von Migrantinnen und Migranten am gesamten Versorgungsgeschehen des Gesundheitssystems sowie durch erprobte Aktivitäten zur gezielten Unterstützung des Reha-Zugangs beizutragen.

Organisationsdaten:
Gründung: 1991
Sitz: Hannover
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Tel.: 0511/ 16841020
E-Mail: ethno@onlinehome.de
www.ethno-medizinisches-zentrum.de



Der Beitrag entstand unter Mitarbeit von: Joachim Gerbing und Karin Robben (Verband Kinder- und Jugendarbeit Hamburg), Michael Treiber und Lidia Pfeifer (AWO Schleswig-Holstein), Dr. Michael Hamschmidt und Irene Böhme (Gesundheitsamt Lübeck), Dr. Monika Schwarze und Betje Schwarz (Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung - KoReFo - Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover)





Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Interkulturelles Training für Mitarbeiter der psychosomatischen Rehabilitation - Entwicklung, Durchführung und Evaluation

von Dr. Mike Mösko

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie

Kontakt: mmoesko@uke.de

Hintergrund

Die kulturelle und sprachliche Vielfalt der in Deutschland lebenden knapp 16 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund bedeutet auf der einen Seite eine wertvolle gesellschaftliche Bereicherung. Auf der anderen Seite stellt diese Vielfalt auch Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung. Bereits in den 1980er Jahren wurde in der Ottawa Charta der WHO festgestellt, dass sich die Gesundheitsversorgung an den kulturellen Bedürfnissen der Patienten orientieren und respektvoll sowie sensitiv gestaltet sein sollte. Seit den 1980er Jahren wird daher versucht, im Rahmen des Prozesses der interkulturellen Öffnung die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund stärker in der deutschen Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen (Hinz-Rommel 1994). Durch die Implementierung muttersprachlicher Angebote, auch im Bereich der Rehabilitation von Menschen mit psychischen / psychosomatischen Störungen, wird versucht, diesem Anspruch gerecht zu werden. Darüber hinaus bildet die Sensibilisierung der Behandler gegenüber den unterschiedlichen Bedürfnissen dieser Patienten einen wichtigen Bestandteil des interkulturellen Öffnungsprozesses (Spallek et al. 2010). In nationalen (Sonnenberger Leitlinien, Machleidt, 2002) und internationalen Empfehlungen (Amsterdamer Erklärung, Migrant-Friendly Hospitals 2004) wird die Stärkung der interkulturellen Kompetenz der Behandler als ein wesentliches Instrumentarium aufgeführt. Ein großes Interesse an entsprechenden Bildungsmaßnahmen besteht auch auf Seiten der Behandler. So gaben bei einer Vollerhebung unter niedergelassenen Psychotherapeuten 72 % der Befragten an, dass sie ein Training zur Verbesserung der interkulturellen Kompetenz für sinnvoll erachten würden (Mösko et al. 2012). Informationen zur möglichen Wirksamkeit interkultureller Trainings im deutschsprachigen Raum im Bereich der psychosozialen Gesundheitsversorgung sind bislang Mangelware, da entsprechende evaluierte Trainingsmaßnahmen fehlen.

Vor diesem Hintergrund haben wir im Rahmen des von der Volkswagen-Stiftung geförderten, dreijährigen internationalen Forschungsprojekt „Seelische Gesundheit und Migration“ (www.segemi.de) ein interkulturelles Training entwickelt, durchgeführt und evaluiert.

Durchführung

Durchgeführt wurden das interkulturelle Training sowie die begleitenden Evaluationsmaßnahmen in der Parkland-Klinik in Bad Wildungen. Die Klinik hält u. a. einen türkischsprachigen Behandlungsschwerpunkt vor, was eine höhere sprachliche und kulturelle Vielfalt der Patienten und Behandler zur Folge hat.

Die Fortbildungsmaßnahme sowie das gesamte Forschungsprojekt wurden sehr engagiert von der Leitung der Parklandklinik unterstützt. Um die Mitarbeiter bei der Konzeption des Trainings partizipieren zu lassen sowie die Akzeptanz für das Training in der Mitarbeiterschaft zu erhöhen und schließlich eine ausreichend große Menge an Teilnehmer_innen für die freiwillig Fortbildungsveranstaltung zu gewinnen, wurde im Vorfeld ein Arbeitskreis gebildet. Dieser bestand aus Vertreter_innen der verschiedenen Berufsgruppen der Einrichtung. Hier wurde u. a. entschieden, dass erstmals in der Geschichte der Klinik die bevorstehende Fortbildung offen sein soll für alle Berufsgruppen - vom Oberarzt bis zur Reinigungskraft. Diese Offenheit sucht sicherlich bundesweit ihresgleichen. Gleichzeitig stellte diese Entscheidung die Konzeption des Trainings vor nicht geringe Hürden.

Um auch die Wünsche und Anforderungen möglichst vieler Mitarbeiter_innen berücksichtigen zu können, fand im Vorfeld eine schriftliche Bedarfsanalyse aller Mitarbeiter_innen statt.

Die Fortbildung wurde als *inhouse* Veranstaltung in den Räumlichkeiten der Parkland-Klinik durchgeführt und umfasste insgesamt 18 Unterrichtseinheiten, verteilt auf zwei Werktage. Die Fortbildung wurde für zwei Gruppen angeboten, bei der bis zu 17 Mitarbeiter_innen teilnahmen.



Der Bedarf für weitere Gruppen war vorhanden, konnte aber aus Kapazitätsgründen nicht realisiert werden.

Die Konzeption und Ausgestaltung des Trainings fand in enger Kooperation mit Frau Dr. Sofie Bäärnhielm statt, der Leiterin des Transkulturellen Zentrums des St. Görän Krankenhauses in Stockholm (Schweden).

Das interkulturelle Training umfasste insgesamt sechs Themenblöcke (die zentralen Inhalte sind in Klammern genannt): 1. Begriffsklärung (Kultur, Interkulturelle Kompetenz, Stereotype, Vorurteile, Migrationshintergrund, etc.); 2. Migration und Seelische Gesundheit (Seelische Gesundheit bei Migranten, Seelische Belastungen durch die Migration, Kulturelle Einflüsse auf Seelische Erkrankungen); 3. Interkulturelle Kommunikation (Kommunikationskanäle, Kommunikationsstile, Simulation), 4. Länderkunde Türkei (dieser Block entstand als Konsequenz aus der Bedarfsanalyse); 5. Kritische Situationen im klinischen Alltag (hier wurden kulturkritische Fallbeispiele im Reha-Kontext vorgestellt und reflektiert); 6. Das „ethnographische Interview“. Der letzte Baustein verfolgte das Ziel, die diagnostische Kompetenz im interkulturellen Kontext zu erhöhen. Auf der Basis der „Cultural Formulation“ des DSM-IV (American Psychological Association 1993) entwickelten Frau Bäärnhielm und Kollegen einen umfassenderen Fragenkatalog. Dieser Leitfaden zur kultursensiblen Diagnostik ermöglicht klinisch tätigen Behandlern eine verbesserte Diagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund. In Kürze erscheint die adaptierte deutschsprachige Version.

Bei der Durchführung der Fortbildung wurde sehr darauf geachtet, dass das Programm inhaltlich, methodisch und didaktisch abwechslungsreich und praxisnah war.

Evaluation und Ergebnisse

Die mögliche Wirksamkeit des Trainings wurde auf viererlei Weise geprüft. Zum einen fand eine prä-post Befragung der Teilnehmer_innen statt. Kerninstrumentarium war der in einer Vorstudie entwickelte und psychometrisch geprüfte Fragebogen zur Erfassung der „Interkulturellen Kompetenz in der Gesundheitsversorgung (IKG-27)“ (Längst et al., 2011). Darüber hinaus wurden die möglichen Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis erhoben. Hierfür haben Patienten vor und nach der Intervention den Health-49 („Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für

die therapeutische Praxis“, Rabung et al., 2008) sowie deren psychometrisch geprüfte türkischsprachige Version (T-Health-49, Mösko et al.) ausgefüllt. Als drittes Evaluationsmaß diente eine qualitative anthropologische Feldforschung, die durch Beobachtung und Gespräche mit Mitarbeitern Eindrücke erhoben hat, die sich mit Hilfe von Fragebögen nicht erfassen lassen. Nicht zuletzt dienten uns die offenen Rückmeldungen der TeilnehmerInnen als wichtige Information.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt waren zwei der Evaluationsquellen ausgewertet. Im IKG-27 wurden signifikante Verbesserungen der interkulturellen Kompetenz über den Gesamtwert sowie über vier der fünf Skalenwerte gemessen. Bei den offenen Rückmeldungen der Teilnehmer_innen wurde insbesondere die Tatsache gelobt, dass die Fortbildung mit den unterschiedlichen Berufsgruppen sehr gewinnbringend war und die Intervention den divergierenden Anforderungen gerecht worden ist.

Fazit

Interkulturelle Kompetenz wird angesichts einer zahlenmäßig sicherlich wachsenden kulturell und sprachlich vielfältigen Klientel zu einer Basisanforderung in der Versorgung von Patienten mit psychischen / psychosomatischen Störungen. Diese Thematik sollte daher in den kommenden Jahren zunehmend in Aus-, Fort- und Weiterbildungen berücksichtigt werden. Hierzu ist es notwendig, theoretisch gut fundierte und empirisch evaluierte Trainings zur interkulturellen Kompetenz weiter zu entwickeln. Für Behandler in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen / psychosomatischen Störungen können entsprechende Interventionen helfen, um sich der facettenreichen Thematik der Inter- oder Transkulturalität zu öffnen und sich mit den Anforderungen der Patienten mit Migrationshintergrund auseinanderzusetzen. Hierbei geht es weniger um die Überwindung von Unterschieden zwischen Behandler und Patient als vielmehr um die Beschäftigung mit der eigenen kulturellen Eingebundenheit und der Wahrnehmung der Unterschiede vor diesem Hintergrund. Dadurch können Berührungspunkte abgebaut, Unsicherheiten reduziert und die Behandlungsqualität verbessert werden.

Über die klinisch-praktischen Aspekte hinaus stellt die Entwicklung von Qualitätsstandards für interkulturelle Trainings in der psychosozialen Versorgung eine wichtige Aufgabe dar.



In dem vom Europäischen Integrationsfonds geförderten Projekts „Kultursensibel - aber wie?“ werden derzeit mit zahlreichen Experten und Akteuren „Leitlinien für inter-/transkulturelle Kompetenztrainings in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von (angehenden) ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen“ erarbeitet (www.kultursensibel-psychotherapie.de).

Aktueller Studienhinweis

Im Rahmen der „Interkulturellen Öffnung in der psychotherapeutischen Versorgung“ liegen für den ambulanten Bereich Daten aus zwei umfangreichen Studien zu Struktur- und Prozessmerkmalen der Bundesländer Hamburg und Berlin vor. Für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der stationären Behandlung fehlen bislang entsprechende

empirische Daten. Diese Lücke möchten wir gerne schließen und führen daher aktuell eine bundesweite Studie durch zum Thema „Interkulturelle Öffnung und Multilinguale Behandlungsmöglichkeiten in der stationären psychotherapeutischen Versorgung“.

Bereits im Oktober dieses Jahres wurden bundesweit alle stationären psychosomatischen und psychiatrischen Einrichtungen der Akut- und Rehabilitationsmedizin angeschrieben, die über eine psychotherapeutische Behandlungseinheit verfügen. Bislang waren die Rückmeldungen sehr erfreulich. Über weitere ausgefüllte Fragebögen, die wir bis Ende des Jahres erhalten, würden wir uns sehr freuen.



Die andere Seite: Ärztinnen und Ärzte und kulturelle Diversivität in der Reha

von Dipl.-Psych. Ines Buchholz

Universitätsmedizin Greifswald, Abteilung Methoden der Community Medicine

Kontakt: Ines.Buchholz@uni-greifswald.de

Nicht nur Patienten können einen Migrationshintergrund haben. Auf den letzten Seiten dieser Ausgabe des Newsletters möchten wir uns daher „der anderen Seite“, den Ärztinnen und Ärzten, zuwenden.

Ein Blick in die Ärztestatistik (Kopetsch, 2010) der Bundesärztekammer (BÄK) verdeutlicht, dass sich die Zahl der in Deutschland beschäftigten ausländischen Ärzte in den letzten zehn Jahren verdoppelt hat (Abb. 1). Die Zuwanderung ausländischer Ärzte erfolgt vor allem aus Österreich, Griechenland sowie dem osteuropäischen Raum (Abb.2). In Mecklenburg-Vorpommern sind 9.429 Ärzte registriert. Davon arbeiten 425 in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen. Prozentual beträgt der Anteil ausländischer Ärzte 13,4 % ($N = 57$) und entspricht damit dem Ausländeranteil der Bevölkerung Berlins. Die Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns hat allerdings im Gegensatz zu Berlin einen Ausländeranteil von 1,8 %. Der Arbeitsmarkt in M-V scheint insbesondere für sein Nachbarland Polen attraktiv zu sein:

2011 hatte jeder vierte ausländische Arzt die polnische Nationalität.

Aus der Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung (Kopetsch, 2010) geht zudem hervor, dass die Zuwachsraten ausländischer Ärzte in den neuen Bundesländern in den Jahren 2001-2009 um das Siebenfache höher waren als in den alten Bundesländern (Anstieg: 347,7 % vs. 53 %). Für die Abwanderung deutscher Ärzte in das Ausland wurde erst ab 2001 mit der Registrierung begonnen. Auch hier zeichnet sich ein Zuwachs an Emigranten ab. Laut Kopetsch waren 2009 ungefähr 17.000 deutsche Ärzte im Ausland tätig. Die Abwanderung erfolgte, nicht, wie häufig wahrgenommen, in skandinavische Länder, sondern v.a. nach Österreich, in die Schweiz sowie das englischsprachige Ausland (USA, England, Australien; Kopetsch, 2010; Yamamura, 2009). Vor dem Hintergrund dieser scheinbar „grenzenlosen Karrieren“ (Pohlmann & Bär, 2009) haben wir uns gefragt:

- welche Bedingungen, im Sinne von juristischen Bestimmungen, erforderlich sind, um eine Berufserlaubnis in Deutschland zu erlangen,



- wie sich die Zusammenarbeit zwischen Ärzten unterschiedlicher Nationalitäten gestaltet,
- welche Probleme im Arbeitsalltag auftreten und wie diesen begegnet werden kann,
- wie man ausländischen Ärzten die Arbeitsaufnahme in Deutschland erleichtern kann,
- und in welchen Bereichen der Austausch für beide Seiten bereichernd ist.

Mecklenburg - Vorpommerns tätig sind, ihre Erfahrungen zur Zusammenarbeit von deutschen und ausländischen Reha-Ärzten schildern, soll ein kurzer Beitrag der Rechtsabteilung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommerns zeigen, welche Bedingungen ausländische Antragsteller erfüllen müssen, um in Deutschland eine Berufserlaubnis erhalten zu können.

Antworten auf einige dieser Fragen sollen die nachfolgenden Beiträge geben. Bevor ein deutscher Arzt und eine kasachische Ärztin, die gegenwärtig in Reha-Einrichtungen

Entwicklung der Arztzahlen von 2000-2011

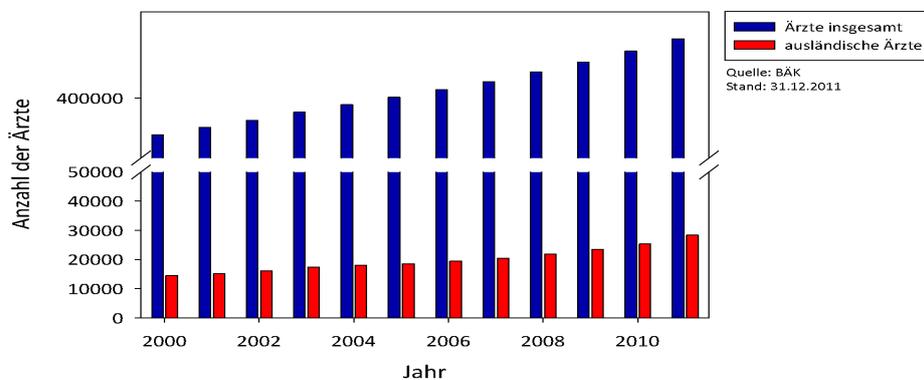


Abbildung 1 Entwicklung der Arztzahlen in Deutschland.

Ausländische Ärzte

Bundesrepublik Deutschland

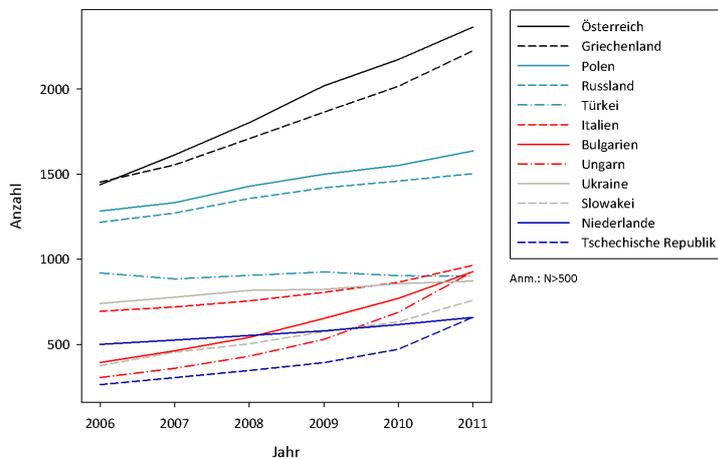


Abbildung 2 Herkunftsländer der ausländischen Ärzte nach Häufigkeit. Quelle: BÄK.



Integration ausländischer Ärzte in den deutschen Arbeitsmarkt

Nach Informationen der Bundesärztekammer

Bearbeitet von Ass. Jur. Theresa Schnitter, Referat Recht, Ärztekammer MV

Kontakt: recht@aeck-mv.de

I. Einleitung

Eine Berufserlaubnis als Arzt in Deutschland zu erhalten, ist für ausländische Ärzte kein großes Hindernis. Allerdings bestand bisher für Nicht-EU-Bürger nicht die Möglichkeit, die deutsche Approbation zu erlangen, selbst wenn der sog. Drittstaatler in Deutschland studiert hat.

Mit dem 1. April 2012 änderte sich die Gesetzeslage in Deutschland durch Inkrafttreten des neuen Berufsanerkennungsgesetzes.

Das „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen“ – kurz: Anerkennungsgesetz – ist ein sog. Artikelgesetz und umfasst neben dem neuen Bundesgesetz „Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz – BQFG“ in den Folgeartikeln Änderungen bzw. Anpassungen in den berufsrechtlichen Gesetzen und Verordnungen (z. B. Bundesärzteordnung, Approbationsordnung).

II. Die wesentlichsten Änderungen für den Arztberuf

1. Rechtsanspruch auf ein Verfahren zur Gleichwertigkeitsprüfung

Es wird ein allgemeiner Rechtsanspruch auf ein Anerkennungsverfahren geschaffen. Einen entsprechenden Anspruch gab es bisher nur für EU-Bürger bzw. EU-Abschlüsse in den reglementierten Berufen sowie für Spätaussiedler. Damit weitet das Anerkennungsgesetz die Ansprüche u. a. auf Anerkennungsverfahren zur Gleichwertigkeitsprüfung ausländischer Berufsqualifikationen im Zuständigkeitsbereich des Bundes für Qualifikationen auf Nicht-EU-Ländern (Drittstaaten) aus.

2. Einheitliche Kriterien und Verfahren

Die Gleichwertigkeit der mitgebrachten Qualifikationen wird im Rahmen des Approbationsverfahrens von der zuständigen Stelle (Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern, Erich-Schlesinger-Str. 35, 18059 Rostock, Ansprechpartner Frau Gratopp) beurteilt. Eine einmal festgestellte Gleichwertigkeit gilt für ganz Deutschland.

Entscheidend für die Gleichwertigkeitsprüfung sind künftig bei allen Berufen nur noch „wesentliche Unterschiede“. Eine vollständige Übereinstimmung der ausländischen Qualifikation mit dem deutschen Referenzberuf ist nicht erforderlich. Gleichwertigkeit bedeutet nicht Gleichheit. Geringfügige Unterschiede können eine Ablehnung des Anerkennungsantrages nicht begründen.

3. Entkopplung von der Staatsangehörigkeit

Der Berufszugang wird durch das Gesetz in fast allen Berufen von der Staatsangehörigkeit entkoppelt. Ausschlaggebend ist künftig nur der Inhalt und die Qualität der Berufsqualifikationen der Antragsteller, nicht aber ihre Staatsangehörigkeit oder Herkunft. Dies gilt insb. für die akademischen Heilberufe (z. B. Ärzte und Psychotherapeuten). So kann künftig z. B. auch eine türkische Ärztin in Deutschland approbiert werden. Das ging bisher selbst dann nicht, wenn sie in Deutschland studiert hatte.

4. Anträge aus dem In- und Ausland möglich

Bei den Verfahrensansprüchen nach dem Anerkennungsgesetz kommt es grundsätzlich nicht darauf an, ob sich der Antragsteller bereits in Deutschland befindet oder nicht. Deshalb ist es auch nicht Voraussetzung für ein Verfahren, dass ein gesicherter Aufenthaltstitel vorliegt. Auch Geduldete und Asylsuchende können einen Antrag stellen, da das Gesetz nicht auf den Aufenthaltstitel abstellt, sondern auf die Absicht, eine Erwerbstätigkeit in Deutschland ausüben zu wollen.

III. Antragsstellung

Anträge für eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs (Berufserlaubnis) oder Approbation sind zu richten an das Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern, Abteilung 3 Landesprüfungsamt für Heilberufe Erich-Schlesinger-Str. 35 18059 Rostock
Telefon: 0381 331-59108



Erfahrungsbericht einer Reha-Ärztin mit Migrationshintergrund

von Dr. Elena Munk

Dr. Ebel-Fachklinik „Moorbad“, Bad Doberan

Kontakt: munk@moorbad-doberan.de

Und woher kommen Sie? - fragte mich eines Tages freundlich ein Rehabilitand in unserer Klinik nach dem Aufnahmegespräch. *Aus Rostock!* antwortete ich lächelnd. Der Patient lächelte nun auch – die Kommunikation zwischen Arzt und Rehabilitand spielt in der Rehabilitation eine wichtige Rolle...

Vor sechzehn Jahren kam ich nach Deutschland. Die Familie meines Mannes, Russlanddeutsche, entschied sich 1993, einen Antrag auf Ausreise in die Bundesrepublik Deutschland zu stellen. Mein Mann und ich studierten beide an der Medizinischen Fakultät in Zelinograd. Wir waren jung und weltoffen und konnten ohne langes Überlegen dem Vorschlag der Eltern zustimmen.

Doch als dann, 3 Jahre später, der Bescheid zur Einreise nach Deutschland kam, standen wir beide vor großen Herausforderungen. Wir beide hatten zu diesem Zeitpunkt eine Anstellung als Ärzte in Kliniken der Stadt Zelinograd (heutiges Astana, Hauptstadt von Kasachstan). Der Sohn ging in einen Kindergarten, die Wohnung im Stadtzentrum war gemütlich eingerichtet. Unsere Freunde kamen oft vorbei. Es schien so, als hätte die junge Akademikerfamilie ihr Leben hier fest eingerichtet. Ausreise bedeutete auch, die deutsche Sprache erlernen, Freunde verlassen, die berufliche Tätigkeit aufgeben. Keiner konnte uns damals garantieren, dass wir unsere berufliche Karriere als Ärzte in Deutschland fortsetzen würden.

Die familiären Netzwerke haben in Kasachstan eine bedeutende Rolle. Die Familie trifft die Entscheidungen zusammen. Die Meinung der Eltern wird akzeptiert. Die Entscheidung war ja eigentlich schon vor drei Jahren getroffen worden. Also machten sich meine Schwiegereltern und unsere kleine Familie an die gemeinsame Ausreise nach Deutschland.

Die Spätaussiedlerfamilie Munk wurde nach Mecklenburg-Vorpommern in die Stadt Rostock gelenkt. Hier fing ich an, Informationen zu sammeln, ob und wie ich in Deutschland als Ärztin arbeiten könnte. Nicht die bürokratischen Behördengänge, sondern unsichere

Kenntnisse der deutschen Sprache hinderten mich daran, schnell zum Ziel zu kommen. Eines war meinem Mann und mir ganz klar geworden: ohne gute Sprachkenntnisse führte kein Weg zum Traumberuf. Von Oktober 1996 bis Januar 1997 besuchte ich einen intensiven Sprachkurs und beantragte beim zuständigen Landesprüfungsamt für Heilberufe Mecklenburg-Vorpommern eine Praktikumserlaubnis. Im Oktober 1997 konnte ich damit an der Universität Rostock beginnen.

Zusammen mit den Studenten der Medizinischen Fakultät hatte ich viele Arbeitsprozesse wiederholen müssen, die ich schon vor vielen Jahren in Kasachstan einmal gelernt hatte. Die Beherrschung der neuen Fremdsprache „Deutsch“ war mein 1. Praktikumsziel. Nach einem Jahr fühlte ich mich schon sicherer, was das Gesundheitssystem, die Medizin und die deutsche Sprache anbelangte. Ich bewarb mich in der Klinik für Strahlentherapie in Rostock und fing dort im November 1998 an, als Ärztin zu arbeiten.

Da ich aber schon in Kasachstan in der rheumatologischen Rehabilitation gearbeitet hatte, bewarb ich mich 2003 in der Rehabilitationsklinik „Moorbad“ in Bad Doberan - und seither gehöre ich zu unserem Team. Die Spezifik des deutschen Rehabilitationssystems mit den vielen Paragraphen und die zunehmende Bürokratisierung, auch in diesem Sektor der Medizin, mindern nicht die Freude an der täglichen Arbeit mit den Patienten, den Rehabilitanden. Ich habe meinen Platz im Team gefunden, spüre auch die Wertschätzung meiner Arbeit durch die ärztliche Leitung. Auch wenn es Phasen großer Arbeitsintensivierung gab, an der Ausübung meines Traumberufes als Rehabilitationsmedizinerin habe ich nie gezweifelt. Beruf, Familie und die eigene Weiterbildung unter einen Hut zu bekommen, ist trotz aller Unterstützung durch Familie und Klinik nicht immer einfach. In diesem Jahr konnte ich meine Weiterbildung zur Fachärztin für Physikalische Therapie und Rehabilitation erfolgreich beenden. Ich weiß, dass ich in nichtmedizinischen Fragen als nun erfahrene

Kollegin stärker eingebunden sein werde, denn neben der direkten Patientenbetreuung, die immer noch Spaß macht, erfordert der Rehabilitationsbetrieb den Einsatz aller Kollegen. Diskriminierungen durch Rehabilitanden habe ich in meiner beruflichen Tätigkeit in Deutschland bisher nicht erlebt. Die partizipative Einbeziehung der mir anvertrauten Patienten ist mir wichtig.

Im Ärzteteam unserer Klinik haben 4 von 14 Ärzten einen Migrationshintergrund. Kasachstan bleibt meine Heimat – Rostock ist mein Zuhause.



Erfahrungsbericht eines deutschen Rehabilitationsmediziners

von Dipl.-Med. Thomas Münzberger
 MediClin Rehasentrum Plau am See
 Kontakt: Thomas.Muenzberger@mediclin.de

Ausländische Assistenten stellen, vor allem in Ostdeutschen Reha-Kliniken, das Gros des ärztlichen Personals. Bei der Stellenbesetzung stellt sich die schwierige Frage: was erwartet die Klinik einerseits, und was erwartet der ausländische Arzt von seinem Arbeitsplatz? Dies zu ermitteln, ist dringend erforderlich, um eine gute Zusammenarbeit zu gewährleisten bzw. beiderseitige Enttäuschungen zu vermeiden.

Ansprüche im Akuthaus und in der Reha unterscheiden sich. In der Reha werden nicht nur umfassende, breit gefächerte ärztliche Kenntnisse vom Assistenzarzt erwartet sondern auch eine gelebte interdisziplinäre Teamfähigkeit, Kenntnisse der Methoden und Behandlungsmöglichkeiten anderer Berufsgruppen in der Reha wie Physiotherapeuten, Psychologen und Ergotherapeuten sowie eine hohe kommunikative und schriftliche Kompetenz. Bei guter fachärztlicher Supervision können eventuell vorhandene Kenntnislücken eines interessierten, unerfahrenen jungen Assistenzarztes, völlig unabhängig seiner Herkunft, meist kompensiert und die notwendigen Reha-bezogenen Kenntnisse in der Klinik erworben werden.

Bei der Rekrutierung ärztlichen Personals zeigte sich die Schaltung von Annoncen, lokal oder überregional, weitgehend erfolglos. Auch Personalvermittlungen waren nicht zielführend, die vermittelten Ärzte erfüllten nicht unsere

Erwartungen; dem standen hohe Vermittlungsgebühren gegenüber. Auch die Präsenz auf Jobbörsen und Messen erfüllten unsere Erwartungen nicht. Wichtigster Faktor bei Stellenneubesetzungen sind persönliche Kontakte unserer ausländischen Kollegen in ihr Heimatland, mehr noch zu ihrer Universität. Hierbei spielt die Nationalität des Bewerbers keine Rolle mehr, sofern er seinen Abschluss an einer Universität in der EU erworben hat.

Dennoch unterscheiden sich die Mentalitäten der ausländischen Kollegen herkunftsbezogen, neben aller Individualität, erheblich. Dem muss die Klinik einerseits Rechnung tragen und nationale wie auch religiöse Besonderheiten berücksichtigen, andererseits hat sie das Interesse der Patienten über das der Ideologie oder des Glaubens der jeweiligen Ärzte zu stellen. Konflikte im Herkunftsland können erhebliche Spannungen im Personal bedingen. So waren in unserer Klinik mehrere Kurden tätig, welche jeweils unterschiedlichen Religionen angehörten, aus unterschiedlichen Ländern kamen. Der Kontakt untereinander war z. T. erheblich komplizierter als der zu Kollegen anderer Nationalität. Problematisch gestaltete sich hierbei auch die Stellung der Frau in der Religion und Kultur im Herkunftsland. So mussten wir uns von einem Kollegen trennen, welcher prinzipiell weibliche Kompetenz, insbesondere bei Schwestern und Therapeutinnen, nicht anerkennen konnte.

Andererseits konnte eine islamische Ärztin mit strengem Kleiderregime und konsequentem Tragen des Kopftuches auch in dem schwierigen Einsatzgebiet als Psychiaterin erfreulich problemlos das Vertrauen der Patienten gewinnen. Als sehr fruchtbar hat sich die gezielte Kontaktaufnahme zu indischen Absolventen gestaltet. Ungeachtet der multikulturellen Gesellschaft in Indien, oder gerade aus diesem Grunde, finden die indischen Mitarbeiter mehrheitlich sehr schnell Kontakt untereinander und zu deutschen Mitarbeitern wie auch denen anderer Nationalität. Ihr Patientenkontakt ist überdurchschnittlich empathisch.

Der Kontakt zu einer südosteuropäischen Universität, welche bei gutem Ausbildungsniveau indische Absolventen mit EU-Abschluss entlässt, ist erfolgreich. Die Rekrutierung erfolgt durch die ausländischen Assistenten selbst, welche durch Kontakte zur ehemaligen Universität dortige Absolventen verschiedener Nationalitäten, Europäer und vor allem Inder, in unser Haus lenken. Eine vergleichbare Kontaktaufnahme erfolgte auch erfolgreich zu einer brasilianischen Universität. Afrikanische Ärzte entstammten meist hoher sozialer Stellung im Herkunftsland, sie strebten eine schnelle und gute Ausbildung an, waren fachlich hoch engagiert, andererseits aber nicht länger als entsprechend der möglichen Weiterbildungsfristen an einer Reha-Tätigkeit interessiert. Bewerber aus Polen und Tschechien bleiben seit Jahren aus, sie finden in anderen Ländern, aber auch zunehmend in ihrem Heimatland lukrativere Arbeitsbedingungen.

Mit Absolventen russischer Universitäten haben wir fachlich beste Erfahrungen gemacht, jedoch stellt für diese Kollegen die Gleichwertigkeitsprüfung eine hohe Hürde dar. Erschwerend kommt hierbei hinzu, dass die Ansprüche in dieser Prüfung offenbar von Bundesland zu Bundesland variieren, was zu Abwanderungen führte.

Unbedingt erforderlich und erfolgreich hat es sich erwiesen, die jungen Ärzte vor Arbeitsaufnahme sprachlich auf das Tätigkeitsfeld vorzubereiten. Eine zertifizierte Sprachkundigkeit (B2) wird generell vorausgesetzt und deren Erwerb durch unsere Klinik ermöglicht. Interessierten Ärzten wird vor Arbeitsantritt die Möglichkeit eines beruflichen Praktikums angeboten, ihnen dann nach Abschluss einer Weiterbildungsvereinbarung die Erlangung der Sprachkundigkeit organisiert. Berufsbegleitend wird die weitere sprachliche Kompetenz fachorientiert durch internetbasierte Sprachschulungen der Mediklin-Akademie, die die Klinik kostenfrei ermöglicht, gefestigt. Die Teilnahme an diesen Schulungen ist freigestellt. Teambildende Unternehmungen nach Feierabend, Grillabende, Bootstouren, Klinikfeste werden von den ausländischen Kollegen in der Mehrzahl sehr gern wahrgenommen und auch zum Kontakt, nicht nur untereinander, sondern zum gesamten multinationalen Personal der Klinik genutzt. Die Integration von Ausländern kann im Klinikum Plau als erfolgreich und zumeist als problemlos eingeschätzt werden.





Rehabilitation – trifft Innovation Bericht zum 8. Malchower Rehabilitationsforum

von Alexander Beddies

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, Rehabilitationsklinik Göhren

Kontakt: Alexander.Beddies@drv-md.de

Am 12. September 2012 trafen sich zum 8. Mal Rehabilitationswissenschaftler, Sozial- und Rehabilitationsmediziner sowie Vertreter aus Politik und Sozialversicherung zum 8. Malchower Rehabilitationsforum in der Inselstadt am Malchower See. Die bewährte Veranstaltung findet jährlich bereits seit 2005 statt und wird in Zusammenarbeit mit der Akademie für Sozialmedizin Mecklenburg-Vorpommern e.V. organisiert. Schirmherrin der Veranstaltung war die Ministerin für Soziales und Gesundheit Manuela Schwesig.

Unter der kurzweiligen Moderation von Herrn Dr. Beddies - Vorsitzender des Fachbeirates der Akademie für Sozialmedizin- wurde den Teilnehmern wieder einmal ein vielseitiges und spannendes Programm zu verschiedenen aktuellen Themen geboten. Mit dem Grußwort von Herrn Dr. Matthias Gatzsche - Leitender Chefarzt der Klinik Malchower See, Gastgeber des Forums, wurde dann im Anschluss das wissenschaftliche Programm eröffnet.

Prof. Dr. med. Thomas Kohlmann, Medizinische Fakultät der Universität Greifswald, Institut für Community Medicine, gab den Zuhörern einen umfassenden Überblick über die Rehabilitationsforschung in Mecklenburg-Vorpommern und zeigte anschaulich, wie Forschungsergebnisse Einfluss auf die Rehabilitation gewinnen. Forschungsschwerpunkte des Instituts waren in jüngster Zeit z.B. rehabilitationsrelevante Entstehungszusammenhänge, Verläufe und Prognosen von chronischen Krankheiten und ihren Folgen sowie Studien zu rehabilitationsdiagnostischen Verfahren.

Zudem wurde an der Weiterentwicklung und Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen gearbeitet. Neben allgemeinen Studien zum Rehabilitationssystem stand die von den gesetzlichen Sozialversicherungen geforderte Patientenorientierung in der Rehabilitation im Mittelpunkt weiterer Untersuchungen.

Frau Dr. Gudrun Widders, Amtsärztin im Gesundheitsamt der Bezirksverwaltung Berlin-Spandau

referierte zum Thema „Infektionsschutz in Gesundheitseinrichtungen – eine innovative Herausforderung“: Die Berliner Gesundheitsämter haben ein innovatives Netzwerk mit dem Ziel der Prävention von Übertragungen multiresistenter Erreger und nosokomialer Infektionen aufgebaut, das Gesundheitseinrichtungen und Behörden einbindet. Seit Januar 2011 erfolgt in Berlin die Ermittlung im Zusammenhang mit der Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung mit einer einheitlichen Checkliste. So ist ein Gewinn an Sicherheit für die beteiligten Akteure im Umgang mit MRSA und anderen multiresistenten Erregern sowie eine Verbesserung der Lebensqualität Betroffener zu erwarten.

Nach reger Diskussion beschrieb Herr Priv.-Doz. Dr. Johannes Hallauer, Ärztlicher Direktor des Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg, in seinem Vortrag die Herausforderung der „Rehabilitation von Patienten mit demenzieller Komorbidität“.

In Mecklenburg leiden ca. 25.000 Patienten an Demenzerkrankungen. Zehn Prozent der Patienten in Krankenhäusern sind dement. Darauf sind die Kliniken selten vorbereitet, zumal der Anteil prognostisch steigen wird. In Rehabilitationskliniken, die überwiegend ältere Rehabilitanden betreuen, dürfte die Situation noch dramatischer sein. Eine demenzielle Komorbidität verschlechtert die Rehabilitationsprognose erheblich und erfordert einen signifikant höheren Versorgungsaufwand. Nur mit innovativen Rehabilitationskonzepten kann der erwarteten Situation begegnet werden. Ärztliches und pflegerisches Personal in den Rehabilitationseinrichtungen müssen verstärkt auf die Versorgung von Patienten mit Demenz geschult werden, betonte Hallauer, insbesondere gilt das für die Fachgebiete: Unfallchirurgie, Neurologie, Innere Medizin und Orthopädie.

Spannend wurde es, als Herr Dr. med. Lothar Kern, MDK Bayern, über „Innovationen im Hilfsmittelbereich“ berichtete. Hilfsmittel haben sich dank wissenschaftlich-technischem Fortschritt in den letzten Jahren rasant entwickelt.



Prof. Dr. Niehoff im Gespräch mit Kay-Uwe Kunze, Geschäftsführer der Rehabilitationsklinik Malchower See

Insbesondere bietet der Markt technische Lösungen zur Überwindung von Barrieren im Bereich der Mobilität, der Kommunikation und bei Verlust von Sinneswahrnehmungen, die bis vor kurzem kaum denkbar gewesen wären. Innovationen wie elektronisch gesteuerte Exoprothesen, technische Lösungen zur Umfeldkontrolle oder Retina-Implantate können so eine Teilhabe am Leben unterstützen. Frau Dr. Anke Britt-Möhr, Geschäftsführerin der Abteilung Stationäre Versorgung der AOK Nordost, stellte in ihrem Beitrag die „Anforderungen der AOK Nordost an innovative Rehabilitationseinrichtungen“ vor.

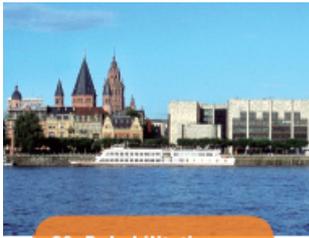
Die AOKen der Länder Berlin, Brandenburg und Berlin stellten vor der Fusion zur AOK Nordost an die federführend belegten Rehabilitationskliniken jeweils eigene Anforderungen, die nun vereinheitlicht wurden. Im Versorgungsgebiet der AOK Nordost finden sich aktuell 123 Rehabilitationskliniken unterschiedlichster konzeptioneller Ausrichtung. Einen übergreifenden Anforderungskatalog zu erstellen, war nachvollziehbar eine echte Herausforderung. Aus Sicht der AOK Nordost soll insbesondere die ambulante Rehabilitation gestärkt werden.

Im anschließenden Vortrag von Herrn Prof. Dr. Michael Jöbges – Chefarzt Neurologie der Brandenburg-Klinik Bernau ging es um die „Anregung neuronaler Plastizität“. Zunächst standen den Forum-Teilnehmern die Fragezeichen förmlich ins Gesicht geschrieben. Jöbges klärte auf. Und erklärte, plastisch und anregend. Neuronale Plastizität ist die Eigenschaft von Synapsen, Nervenzellen oder ganzen Hirnarealen, sich in Abhängigkeit von ihrer Verwendung in ihren

Eigenschaften zu verändern. Sie ist das zentrale Momentum des Lernens. Wie diese Erkenntnis in innovative Rehabilitationskonzepte implementiert wird, hat Jöbges an praktischen Beispielen eindrucksvoll vermittelt.

Prof. Dr. med. Jens-Uwe Niehoff der Healthcare Management Consulting Berlin, School of Economics and Law, schloss mit seinem, wie er selbst formulierte, Versuch eines Ausblicks den Reigen spannender Vorträge. „Rehabilitation – trifft Innovation – Ein Ausblick“ Schnell wurde deutlich, dass es in der Diskussion um Innovationen nicht nur um Methoden geht, sondern vor allem auch um Ziele. Die Erfahrungen zeigen, so Niehoff, dass Struktur- und Prozessinnovationen ungleich schwerer umzusetzen sind als die Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Konzepte. Für letzteres gäbe es institutionalisierte Strukturen, für ersteres nicht. Besonders in der Rehabilitation lägen Entscheidungen über strukturelle und versorgungsprozessuale Innovationen weitgehend in den Händen der DRV und der GKV. Wenn Rehabilitation auf Innovation trifft, trifft Innovation auf die Interessen der Leistungsträger. Niehoff prognostiziert deutliche Veränderungen der Rehabilitation durch den Übergang von der personen- zur fallbezogenen Versorgung.

Am Rande des 8. Rehabilitationsforums in Malchow fand eine rege Diskussion zu den Veränderungen der Rahmenbedingungen für die Rehabilitationskliniken statt. Und natürlich bot die Veranstaltung viele Gelegenheiten zum Erfahrungsaustausch und zur „analogen“ Netzwerkpflge. Alle Beteiligten sind sich sicher: im nächsten Jahr sind sie wieder mit dabei.



22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

→ Teilhabe 2.0 - Reha neu denken?

→ vom 4. bis 6. März 2013
In Mainz

22. Reha-Kolloquium 2013

Vom 4. bis zum 6. März 2013 findet im Congress Centrum Mainz das 22. Reha-Kolloquium statt. Das Reha-wissenschaftliche Kolloquium ist das wichtigste Forum für praxisrelevante Ergebnisse aus der Reha-Forschung und wird 2013 von der DRV Bund, der DRV Rheinland-Pfalz und der DGRW ausgerichtet. Unter dem Rahmenthema *Teilhabe 2.0 – Reha neu denken?* soll diskutiert werden, wie innovative Konzepte die Beteiligung der Akteure im Reha-System stärken und zu einer bedarfsgerechten Rehabilitation beitragen können. Dabei gilt es, nicht nur multimediale Möglichkeiten zu nutzen, sondern auch die erhöhten Anforderungen an Transparenz und Beteiligung aufzunehmen.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.reha-kolloquium.de

Workshop: Strategien der Zukunft. Nachhaltigkeit und Vernetzung

Am 18. Januar 2013 wird durch den Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Nordrhein-Westfalen ein Workshop zum Thema *Strategien Der Zukunft - Nachhaltigkeit und Vernetzung* in Münster durchgeführt. In der ganztägigen Veranstaltung werden hochkarätige Referenten aus Deutschland und der Schweiz Sichtweisen verschiedener Leistungsträger vorstellen und vor allem innovative Konzepte zur Verbesserung der nachhaltigen Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen vorstellen und diskutieren. Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos, jedoch ist eine vorherige Anmeldung erforderlich.

Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.rehaforschung-nrw.de



Strategien der Zukunft: Nachhaltigkeit und Vernetzung

→ Workshop des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften



Patienteninformationen zu chronischen Erkrankungen online

Unter www.entscheidungshilfe.info finden Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 oder chronischem Kreuzschmerz leitliniengerechte, kommerziell unabhängige und bedarfsorientiert aufbereitete Informationen zu ihrer Erkrankung und deren Behandlung.

Die Patienteninformationen wurden im Institut für medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) in zweijähriger Arbeit und mit Unterstützung durch Patienten und externe Experten entwickelt. Aktuell werden sie in einer Online-Studie evaluiert. Betroffene, die an der Evaluation teilnehmen und alle Fragebögen ausfüllen, erhalten als kleines Dankeschön einen Amazon-Gutschein im Wert von 10€.

Mit diesem Angebot soll Betroffenen ein rascher Zugang zu wissenschaftlich begründeten und praxisorientierten Informationen ermöglicht werden. Ergänzend finden sie Unterstützung bei spezifischen Behandlungsentscheidungen sowie Hinweise auf Patientenleitlinien, leitlinienorientierte Internetportale und vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen.

Gefördert durch:



Erfahren Sie mehr unter: www.entscheidungshilfe.info



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Publikationen 2012 (Auswahl)

- Böttcher, H, Steimann, M, Rotsch, M, Zurborn, K-H, Koch, U, Bergelt, C (2012) Occupational stress and its association with early retirement and subjective need for occupational rehabilitation in cancer patients. *Psycho-Oncology*, DOI: 10.1002/pon.3224.
- Dingoyan, D, Schulz, H, Mösko, M (2012) The willingness to participate in health research studies of individuals with Turkish migration backgrounds: barriers and resources. A qualitative analysis of focus groups. *Journal of European Psychiatry*, 28-33.
- Dirmaier, J, Härter, M (2012) Patientenbeteiligung bei Behandlungsentscheidungen in der medizinischen Versorgung. In: Repschläger, U., Schulte, C. & Osterkamp, N. (Hrsg.) BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2012 BARMER GEK, 213-236.
- Härter, M, Kentgens, M, Brandes, A, Bock, T, Dirmaier, J, Erzberger, M, Fürstenberg, W, Hillebrand, B, Karow, A, von dem Knesebeck, O, König, H-H, Löwe, B, Meyer, H J, Romer, G, Rouhiainen, T, Scherer, M, Thomasius, R, Watzke, B, Wegscheider, K, Lambert, M (2012) Rationale and content of psychenet – the Hamburg Network for Mental Health European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 262 Suppl 2, 57-63.
- Krasuska, M, Riva, S, Fava, L, Mackensen, S, Bullinger, M (2012) Linking Quality-of-Life Measures Using the International Classification of Functioning, Disability and Health and the International Classification of Functioning, Disability and Health- Children and Youth Version in Chronic Health Conditions The Example of Young People with Haemophilia. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*.
- Meffert C, Kohlmann T, Raspe H, Gerdes N, Mittag O (2012) Verwendung von Verlaufstypen zur Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation: Ein Beitrag zum Vergleich verschiedener Methoden der Ergebnismessung. *Rehabilitation*, 51(03):151-159.
- Mehnert, A, Härter, M, Koch, U (2012) Langzeitfolgen einer Krebserkrankung: Anforderungen an die Nachsorge und Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55 (4), 509-515.
- Mehnert, A, Koch, U (2012) Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation: a prospective study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*.
- Mittag O, Kohlmann T, Meyer T, Meyer-Moock S, Meffert C, Farin E , Gerdes N, Pohontsch N, Moock J, Jelitte M, Löschmann C, Bitzer E, Raspe H (2012, in press) Empirisch gestützte Empfehlungen für die patientenberichtete Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*.
- Meyer-Moock S, Moock J, Mittag O, Kohlmann T (2012) Die faktorielle Struktur der direkten und indirekten Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation - Analysen auf Itemebene. *Rehabilitation*, 51(2):118-128.
- Morfeld, M, Koch, U, Bergelt, C, Mehnert, A (2012) Versorgung mit Rehabilitationsleistungen. In: Hurrelmann, K., Razum, O. (Hrsg.) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 5., vollst. überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 909-930.
- Mösko, M, Baschin, Längst, G, von Lersner (2012) Interkulturelle Trainings für die psychosoziale Versorgung - Bedarf, Konzepte und Herausforderungen. *Psychotherapeut*, 15-21.
- Mösko, M, Gil-Martinez, Schulz, H (2012) Cross-cultural opening in German outpatient mental health care service - Explorative study of structural and procedural aspects. *Journal of Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- Schulz, H, Barghaan, D, Rabung, S, Kowski - ter Haseborg, S, Koch, U, Watzke, B (2012) Unterschiede zwischen Altersgruppen im Behandlungsprozess und Outcome für Patienten mit psychischen / psychosomatischen Erkrankungen in der stationären Rehabilitation: Erste Ergebnisse. In: J. Lindner, M. Peters (Hrsg.). *Psychosoziale Gesundheit im Alter. Neue Herausforderungen für die Prävention und Psychosomatische Rehabilitation*. VAS-Verlag für Akademische Schriften, 167-186.
- Ullrich, A, Böttcher, H, Bergelt, C (2012) Geschlechtsspezifische Aspekte der Rückkehr zur Arbeit bei Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung. Ein systematisches Review. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55 (4), 516-534.
- van Hout B, Janssen M, Feng YY, Kohlmann T, Busschbach J, Golicki D , et al. , Lloyd A, Scalone L, Kind P, Pickard A (2012) Interim Scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L Value Sets. *Value in Health*, 15(5):708-715.

Rehawissenschaftliche Arbeitskreise & Kolloquien

- 08.01.2013 Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung**
Thema: Transsexuelle Entwicklungen: Forschungsergebnisse einer Multicenter-Studie und Perspektiven für Diagnostik und Therapie. Referenten: Susanne Cerwenka, Timo Ole Nieder, Hertha Richter-Appelt. Ort: Institut für Medizinische Psychologie, UKE; W26, Raum 204; 15:30 - 17:00.
- 22.01.2013 Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung**
Thema: Zur Psychosomatik des Asthma bronchiale: Wissen wir jetzt mehr? Referent: Bernhard Dahme. Ort: Institut für Medizinische Psychologie, UKE; W26, Ra. 204; 15:30 - 17:00.
- 29.01.2013 Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung**
Thema: Ältere gezielt erreichen - Zugangswege für präventive Hausbesuche. Referent: U. Walter. Ort: Institut für Medizinische Psychologie, UKE; W26, Ra. 204; 15:30 - 17:00
- 05.02.2013 Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung**
Thema: Psychologische Schmerztherapie bei Kopf- bzw. Rückenschmerzen im interdisziplinären Kontext. Referent: Regine Klinger. Ort: Institut für medizinische Psychologie, UKE; W26, Raum 204; 15:30 - 17:00.
- 28.02.2013 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein**
Thema: „Burnout“. Modekrankheit oder ernst zu nehmende Reha-Indikation? Referent: L. Götzmann, Segeberger Kliniken. UK S-H, Campus Lübeck, Intitut für Sozialmedizin, Haus 50, 1. Stock, Raum 512; 16:00-18:00.
- 19.03.2013 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern**
Thema: „Verständlich schreiben, verständlich sprechen: Wie können wir Rehabilitanden effektiv informieren?“. Referent: Dr. Jürgen Höder, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Abteilung Sozialmedizin. Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik „Moorbad“, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00 -18:00.
- 30.05.2013 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein**
Thema: Neue Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation. S. Brüggemann, DRV Bund. UK S-H, Campus Lübeck, Intitut für Sozialmedizin, Haus 50, 1. Stock, Raum 512; 16:00-18:00.
- 04.06.2013 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern**
Thema: „Vergleich von Änderungssensitivität und psychometrischer Eigenschaften verschiedener Versionen (inter-) national weit verbreiteter Messinstrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“. Referentin: Frau Thielker, Moorbad, Bad Doberan. & Thema: „Umsetzung des Bologna-Prozesses in M-V“. Referent: Dr. Stefan Göbel, Universität Rostock. Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik „Moorbad“, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00 -18:00.

Veranstaltungen zum Thema

- 09.02.2013 - 10.02.2013 Sharing experiences in transcultural settings and practices throughout Europe in the field of health and mental health;** Ort: Hamm; Web: <http://www.transkulturellepsychiatrie.de/wp-content/uploads/2012/05/dtppp-flyer.hamm13-1.pdf>
- 02.03.2013 - 03.03.2013 Transkulturelle Kompetenz unverzichtbar im klinischen Alltag;** Ort: München; Web: <http://www.transkulturellepsychiatrie.de/wp-content/uploads/2012/06/dtppp-flyer.muenchen.pdf>
- 06.03.2013 - 07.03.2013 18. Kongress Armut und Gesundheit.** Ort: TU Berlin; Web: <http://www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de/kongress-armut-gesundheit/>



Nationale und internationale Konferenzen & Kongresse

- DGRW / RFV Symposium Reha 2020.** Thema: Demographische Entwicklung: Arbeit, soziale Sicherung, Rehabilitation: Ort: UK Freiburg. Web: <http://www.uniklinik-freiburg.de/rfv/live/Symposium.html> **01.02.2013 - 02.02.2013**
- Kinderreha ist kein Luxus.** Ort: Hamburg. Web: <http://www.dvfr.de/servicebereich/veranstaltungskalender/130214-kinderreha-ist-kein-luxus/#c2997> **14.02.2013 - 16.02.2013**
- 15. Münchner IIR Reha-Kongress 2013.** Ort: München. Web: <http://www.reha-kongress.de/> **18.02.2013 - 19.02.2013**
- 2. Forum „Mobilität für Menschen mit Behinderung“.** Ort: Berlin. Web: <http://www.dvfr.de/servicebereich/veranstaltungskalender/130225-2-forum-mobilitaet-fuer-menschen-mit-behinderung/#c3188> **25.02.2013 - 26.02.2013**
- 22. Reha-Kolloquium 2013.** Thema: „Teilhabe 2.0 – Reha neu denken?“, Ort: Congress Centrum Mainz. web: www.reha-kolloquium.de **04.03.2013 - 06.03.2013**
- 14. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin.** Thema: „Entscheiden trotz Unsicherheit“. Ort: Charité Berlin. Web: <http://www.ebm-kongress.de/> **15.03.2013 - 16.03.2013**
- COME „Communicating Medical Error“ 2013.** Ort: Monte Verità in Ascona. Web: <http://www.come.usi.ch/> **18.03.2013 - 22.3.2013**
- 5. Rehakongress.** Ort: Stuttgart. Web: <http://www.rehakongress.de/freiburg-2012/thema.html> **02.05.2013 - 04.05.2013**
- 16th EASAR Conference.** Ort: Aeschi above Lake Thun, Switzerland. Web: Aeschi above Lake Thun, Switzerland
- The 14th International Congress of the IFPE.** Thema: “The uses of psychiatric epidemiology in improving population mental health”. Ort: Leipzig. Web: <http://www.ifpe2013.org/> **05.06.2013 - 08.06.2013**
- Hauptstadtkongress 2013.** Ort: Berlin. Web: <http://www.hauptstadtkongress.de/> **05.06.2013 - 07.06.2013**
- 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V.** Ort: Berlin. Web: 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V. **14.06.2013 - 15.03.2013**
- EHPS 2013: 27th European Health Psychology Conference Well-being, Quality of Life & Caregiving** Ort: Bordeaux, France, Web: <http://www.objectif-congres.com/ehps2013> **17.07.2013 - 20.07.2013**



**VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER
REHABILITATIONSFORSCHUNG
IN HAMBURG, MECKLEN-
BURG-VORPOMMERN UND
SCHLESWIG-HOLSTEIN E.V.**

Anschrift:
Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstraße 150
23566 Lübeck

Geschäftsstelle:
Dr. Nathalie Glaser-Möller
Telefon: 0451/485-10100
Fax: 0451/485-2910100
E-Mail: [nathalie.glaser-moeller@
drv-nord.de](mailto: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
Universitätsmedizin Greifswald
Walter-Rathenau-Str. 48
17475 Greifswald
Tel. 03834/ 86 7780
Fax. 03834/ 86 7766
E-Mail: [ines.buchholz@
uni-greifswald.de](mailto: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

