

MITTEILUNGSBLATT DES
VEREINS ZUR FÖRDERUNG
DER REHABILITATIONS-
FORSCHUNG IN HAMBURG,
MECKLENBURG-
VORPOMMERN UND
SCHLESWIG-HOLSTEIN E.V.

vffr - news

Themenschwerpunkt
Forschung trifft Praxis: Gelingt der Transfer?

2 / 2013



Ausgabe Nr. 13



INHALTSVERZEICHNIS

Neues aus dem vffr	4
Genehmigte vffr-Projekte 2013	4
Beiträge zum Themenschwerpunkt	7
Umsetzung von Ergebnissen der Rehabilitationsforschung	7
Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Majoramputation	10
Herausforderungen bei der Implementierung und Evaluation eines neuen Therapiekonzepts in Einrichtungen der stationären Suchtrehabilitation	12
Nachsorge Neues Credo – Voraussetzungen eines Transfers	13
Entlastung von Ärzten durch eine Rehaassistenz	14
Tagungsberichte	16
Reha-Nachsorge: Aktuelle Entwicklungen - Tagungsbericht zum 7. Interdisziplinären Reha-Symposium des vffr	16
Literaturhinweise	20
Veranstaltungshinweise	22

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: Miriam Bartsch, Aisha Boettcher, Ines Buchholz, Angela Buchholz

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 2014. Bisher erschienene Ausgaben können jeweils kostenlos über die vffr-Homepage (www.reha-vffr.de) bezogen werden.

Hinweis zum Sprachgebrauch:

Aus Gründen der Lesbarkeit verwenden wir im gesamten Newsletter das sog. generische Maskulinum.

Redaktion:

Dr. Angela Buchholz

ISBN: 1866-5683 (Printausgabe)

ISSN: 1866-5691 (Internetausgabe)



Liebe Leserinnen und Leser,

Der vffr hat es sich zur Aufgabe gemacht, insbesondere wissenschaftliche Projekte zu fördern, die Ideen aus der Praxis aufgreifen und so das Potential haben, die Situation der praktisch arbeitenden Kollegen auch direkt zu beeinflussen, sei es durch die Entwicklung neuer Interventionen, durch Untersuchungen zur Verbesserung von Arbeitsabläufen oder zur Entwicklung in der Routine nutzbarer Messinstrumente. Vor diesem Hintergrund erschien es uns wichtig, einmal zu hinterfragen, wie gut dies eigentlich gelingt. Wie gut können die Erkenntnisse aus rehawissenschaftlichen Projekten in der Praxis verwendet werden? Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit eine Implementierung wissenschaftlicher Projektideen durch Kostenträger und Praktiker auf Interesse stößt und auch gelingen kann? Auf welche Hürden stoßen Wissenschaftler bei der Frage nach der Implementierung? Aus diesem Grund haben wir als Schwerpunktthema für die aktuelle, dreizehnte Ausgabe der vffr - news das Thema *Forschung trifft Praxis: Gelingt der Transfer?* gewählt und freuen uns sehr, dass wir mit unseren Beiträgen verschiedene Blickwinkel auf dieses spannende und wichtige Thema beleuchten können.

Im ersten Beitrag erläutert Doktor Hans-Günther Haaf die Sichtweise der Deutschen Rentenversicherung. Er betont die Relevanz hochwertiger Forschung, macht aber auch deutlich, dass der Einfluss wissenschaftlicher Ergebnisse auf die Versorgung nicht immer klar von anderen gesellschaftspolitischen Strömungen und Diskussionen getrennt werden kann.

In den folgenden Beiträgen haben wir einige vffr - Projekte ausgewählt und die verantwortlichen Forscher gebeten, einen Überblick über ihre Projekte zu geben, vor allem aber über Implementierungsstrategien und Stolpersteine, denen sie möglicherweise begegnet sind.

So berichten im zweiten Beitrag Prof. Dr. Uta Gaydis und Ulrike Michaelis über ihr Projekt zur Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Majoramputation. Basierend auf zwei vffr - geförderten Projekten konnte die Arbeitsgruppe ein Schulungsprogramm für ältere Patienten mit Majoramputation entwickeln, welches derzeit in einem Folgeprojekt evaluiert wird.

Anschließend stellt Dr. Julia von Schönfels über das Therapieprogramm *Sicherheit finden* dar, welches spezifisch für Patienten mit substanzbezogenen Störungen und Trauma-Folgestörungen aus dem Englischen übersetzt und im deutschen Sprachraum adaptiert wurde. Deutlich werden dabei die Herausforderungen, vor die forschungsinteressierte Reha-Einrichtungen bei der Durchführung wissenschaftlicher Studien gestellt werden. Aber auch, dass sich dieser Aufwand lohnen kann.

In ihrem Beitrag erläutert Frau Dr. Deck am Projekt *Nachsorge Neues Credo*, in dem versucht wurde, Effekte der Rehabilitation nachhaltiger zu machen, welche Voraussetzungen für einen Praxistransfer gegeben sein sollten. Auch in diesem Beitrag wird deutlich, dass durch neue Interventionen häufig zusätzlicher Aufwand entsteht, der bei einer Implementierung in die Praxis auch vergütet werden muss.

Herr Dr. Jürgen Höder berichtet über ein Projekt zur Entlastung von Ärzten durch Reha-Assistenten. Er betont die Notwendigkeit einer adäquaten Ausbildung der Rehaassistenz und fordert eine höhere Flexibilität der Kostenträger in der Finanzierung und Umsetzung neuer Konzepte zur Entlastung von Ärzten.

Wir freuen uns, Ihnen auch bereits einen Bericht über das diesjährige interdisziplinäre Reha-Symposium des vffr präsentieren zu können, welches am 11. November 2013 zum Thema *Reha-Nachsorge: Aktuelle Entwicklungen* stattgefunden hat. In gewohnter Weise wird im Jahr 2014 auch ein Buch zur Tagung erscheinen, in dem dann alle Beiträge noch einmal ausführlich dargestellt werden.

Abschließend haben wir Ihnen einen Auszug aktueller Publikationen mit Reha-Bezug aus der vffr - Region sowie sind Veranstaltungstermine für das kommende Halbjahr 2014 zusammen gestellt. Wir wünschen Ihnen allen eine spannende Lektüre sowie schöne und erholsame Feiertage!

Dr. Angela Buchholz
für die Redaktion



Neues aus dem vffr

An Neuigkeiten aus dem vffr können wir Ihnen zunächst die Termine der Vorstandssitzungen fürs kommende Jahr mitteilen: die erste Vorstandssitzung wird gemeinsam mit der Mitgliederversammlung am **25. Februar 2014** stattfinden. Weitere Vorstandssitzungen 2014 werden am **9. Juli** sowie am **18. November** stattfinden. Relevant sind diese Termine nicht nur für die Mitglieder des vffr und den Vorstand, sondern vor allem wenn Sie planen, einen Forschungsantrag beim vffr einzureichen. Setzen Sie sich möglichst früh mit den vffr-Methodenzentren in Verbindung, damit wir Sie optimal unterstützen können. Spätestens aber sollten Sie **6 Wochen vor der nächsten Vorstandssitzung** Ihre Antragsskizze bzw. Ihren

Forschungsantrag eingereicht haben. Die verlängerte Frist gilt bereits seit dem letzten Jahr und ermöglicht uns und Ihnen einen fundierteren Begutachtungsprozess.

Um noch besser auf Ihre Wünsche als Leser der vffr-news eingehen zu können, erhalten Sie zusätzlich zu dieser Ausgabe der news die Einladung zur Teilnahme an einer Leserumfrage. Sie können entweder online teilnehmen oder aber den Fragebogen händisch ausfüllen und ihn an uns zurückfaxen. Über Ihre Teilnahme würden wir uns sehr freuen!

Im folgenden Abschnitt können Sie sich ein Bild über die Forschungsprojekte machen, die im Jahr 2013 vom Vorstand des vffr bewilligt wurden.

Genehmigte vffr-Projekte 2013

Telefonische Sozialdienstliche Nachsorge zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach stationärer medizinischer Rehabilitation

PROJEKTLEITUNG	Dr. med. Martin Vogel
EINRICHTUNG	Mühlenberg-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Nord, Bad Malente-Gremsmühlen
PROJEKT-NR.	178
DAUER	24 Monate
KOOPERATIONEN	Mühlenberg-Klinik, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck
HINTERGRUND	Bundesweit weisen 30-50 % aller Rehabilitanden mit bewilligter stationärer Rehabilitation eine besondere berufliche Problemlage (BBPL) auf. ¹ Diese werden zunehmend im Rahmen medizinisch-beruflich-orientierter Rehabilitationsmaßnahmen (MBOR) behandelt. Nach Beendigung der Reha endet in der Regel auch diese Maßnahme. In einer Umfrage unter 305 betroffenen Rehabilitanden in der Mühlenbergklinik wurde von über 2/3 eine derartige Intervention längerfristig gewünscht; eine Weiterbetreuung über den Sozialdienst wurde favorisiert.
ZIELSETZUNG	Mit der Studie SONATE soll untersucht werden, ob sich eine intensiviertere telefonische sozialdienstliche Nachbetreuung, in der die Rehabilitanden noch ein Jahr lang über den Zeitraum der stationären medizinischen Rehabilitation hinaus sowohl motivationsfördernd als auch beratend betreut werden, positiv auf die Umsetzung einer beruflichen, leidensgerechten Perspektive am Arbeitsplatz auswirkt. Hauptzielparameter ist die objektivierbare berufliche Wiedereingliederung.
METHODIK	Es handelt sich um eine prospektive randomisierte Interventionsstudie, die mit N = 440 Rehabilitanden durchgeführt werden soll. Alle in die Studie einbezogenen Rehabilitanden, IG wie KG, erhalten während der Reha mindestens zwei Einzel-Beratungsgespräche sowie eine sozialrechtliche Schulung. Die Interventionsgruppe wird zusätzlich über einen Zeitraum von 12 Monaten nach Beendigung der Reha zweimonatlich telefonisch unterstützt. Diese Telefonate dienen der nachhaltigen



(Fortsetzung Projekt 178)

Verfolgung der Reha-Ziele, der Erfassung deren Umsetzungsgrades, ggf. der Neuorientierung sowie der Motivation die Reha-Ziele umzusetzen. Der Inhalt bzw. die Ergebnisse der Rückrufgespräche werden in standardisierter Form erfasst. Eine telefonische Hotline zum Sozialdienst außerhalb der festgelegten Rückrufe wird ebenfalls angeboten.

Die Intervention umfasst sechs Problembereiche: Behinderte, Migrationshintergrund, keine feste Anstellung, Rentenbegehren, bestehendes Arbeitsverhältnis und Alter > 55. Die Rehabilitanden werden mit standardisierten Fragebögen zu drei Messzeitpunkten schriftlich befragt, vor und nach der Intervention sowie zwölf Monate nach Reha-Ende. Hauptzielgröße: Erfolgreiche Wiedereingliederung (nach Bürger et al. 2002). Nebenzielgrößen: Selbsteinschätzung des Leistungsvermögens, Funktionelle Kapazität, diverse Parameter zur Krankheitsbewältigung, subjektive Erwerbsprognose, Motivation sowie Dauer der Arbeitslosigkeit innerhalb der ersten zwölf Monate nach Reha-Ende.

Im Falle eines positiven Outcomes soll ein standardisiertes sozialdienstliches Beratungsmodul manualisiert und implementiert werden, in dem die Festlegung konkreter individueller sozialer / beruflicher Ziele sowie die spätere Kontaktaufnahme zum Rehabilitanden zur Überprüfung des Zielerreichungsgrades und ggf. Anpassung berufsbezogener Ziele ein fester Bestandteil der Betreuung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme werden.

RELEVANZ FÜR
DIE PRAXIS

Entwicklung eines an individuellen Risiken orientierten Behandlungskonzepts für Patienten in psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung

PROJEKTLEITUNG	Prof. Dr. Holger Schulz, Dr. Anna Levke Brütt
EINRICHTUNG	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für medizinische Psychologie
PROJEKT-NR.	182
DAUER	12 Monate
KOOPERATIONEN	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für medizinische Psychologie Wicker Klinik Bad Wildungen; Curtius-Klinik Bad Malente
HINTERGRUND	Verschiedene Studien belegen den Erfolg stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Aber nicht alle Patienten profitieren in gleichem Ausmaß. Die individuelle Problemlage von Patienten mit ungünstigem Verlauf kann offensichtlich mit den routinemäßig eingesetzten Leistungen nicht ausreichend verbessert werden, weshalb es sinnvoll wäre, das Behandlungskonzept noch stärker an die spezifischen Risiken anzupassen. Neben der Symptomreduktion sind soziale Integration und die Wiedergewinnung von Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung wichtige Ziele der stationären psychosomatischen Rehabilitation.
ZIELSETZUNG	Das Projekt verfolgt das Ziel, die Qualität und Wirksamkeit der Rehabilitationsbehandlungen in Bezug auf die Outcomes <i>Aktivitäten und Partizipation für Risikogruppen</i> zu verbessern. Im Rahmen dieses Projektes soll der individuelle Bedarf von Risikopatienten mit Hilfe einer Risikochekliste ermittelt und neue, an Risiken orientierte Behandlungsmodule entwickelt werden (Teil 1). Darauf aufbauend sollen ein spezifisches Behandlungskonzept implementiert und evaluiert werden (Teil 2). Durch das Erkennen von individuellen Risikofaktoren kann die Rehabilitationsbehandlung gezielter gesteuert und damit möglicherweise effektiver gestaltet werden.



(Fortsetzung Projekt 182)

METHODIK Die Ermittlung des individuellen Behandlungsbedarfs von Risikopatienten erfolgt über telefonische Interviews, danach entwickeln unterschiedliche Therapeuten ein risikoorientiertes Behandlungskonzept, welches auf den einzelnen Patienten individuell zugeschnitten werden soll. Von stärker beeinträchtigten Patienten aus einer Vorgängerstudie werden 24 Patienten identifiziert und telefonisch befragt. Bei der Auswahl werden unterschiedliche Ausprägungen hinsichtlich Diagnose (affektive Störungen, Angststörungen, andere Störungen), Alter < 50, > 50 und Geschlecht berücksichtigt. In der telefonischen Befragung werden Patienten gefragt, welche der identifizierten Risikofaktoren bei ihnen aktuell vorliegen, ob ihnen in der Reha diesbezüglich Leistungen angeboten wurden und welche Unterstützung sie hierzu wünschen oder als hilfreich erachten würden. Der individuelle Bedarf wird aus verschiedenen Perspektiven qualitativ erhoben.

Darüber hinaus werden Fokusgruppen mit Therapeuten aus verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt. Anhand von Fallvignetten von Risikopatienten werden routinemäßige Leistungen dargestellt und zusätzliche Maßnahmen diskutiert. Das therapeutische Personal wird in Absprache mit der Klinikleitung um Teilnahme gebeten.

In drei Workshops mit je zwei bis drei Therapeuten unterschiedlicher Berufsgruppen werden existierende etablierte Patientenschulungen analysiert und Patientenschulungsmodule sowie anschließend ein risikoorientiertes Behandlungskonzept entwickelt. Es erfolgt ein Abgleich zwischen Risikoprofil und Schulungsangebot. Anhand der ermittelten individuellen Risiken werden Zuweisungsdiagramme erstellt. Die Ergebnisse der Workshops werden protokolliert, für die Patientenschulungen werden Manuale erstellt.

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS

Sollte sich das an individuellen Risiken orientierte Behandlungskonzept gegenüber der herkömmlichen Behandlung als überlegen erweisen, könnte es auf andere Rehabilitationskliniken übertragen werden. Die Durchführung der Schulungsmodule könnte durch Therapeuten-Seminare weitervermittelt werden und somit die Rehabilitation effektiver und mit nachhaltigerem Erfolg für die Patienten gestaltet werden.



Umsetzung von Ergebnissen der Rehabilitationsforschung

von Dr. Hans-Günter Haaf

Deutsche Rentenversicherung Bund; Leiter des Referats 0423: Weiterentwicklung der Rehabilitation - Gesundheitsökonomie und Systemfragen

Kontakt: dr.hans-guenter.haaf@drv-bund.de

Die Rehabilitationsforschung zielt unmittelbar auf praxisrelevante Impulse für die Optimierung der Patientenversorgung und der Versorgungsstrukturen. Die Rentenversicherung engagiert sich gemäß ihrer Strukturverantwortung in der Reha-Forschung, um ihren komplexen Steuerungsaufgaben eine wissenschaftliche Grundlage zu verleihen. Die Umsetzung der Forschungsergebnisse in praktisches Handeln ist entscheidend für die Akzeptanz und damit auch für die langfristige Ausgestaltung der Forschungsförderung.

Bei der Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis müssen viele Beteiligte zusammenwirken: Förderer, Reha-Wissenschaftler, Rehabilitationseinrichtungen und die dort Beschäftigten, Rehabilitationsträger, wissenschaftliche Fachgesellschaften, Ärzte in Klinik, Praxis und Betrieb usw. Dabei muss ein gemeinsames Verständnis von „Umsetzung“ entwickelt werden.

Der Blick auf die Umsetzung wird insbesondere zwischen Rehabilitationsträgern und Wissenschaftlern durch unterschiedliche Perspektiven bestimmt: Die Vertreter der Reha-Träger vermissen zuweilen konkrete, einfach umsetzbare Konzepte als Ergebnis der wissenschaftlichen Arbeit. Sie müssen bei der Umsetzung neben der wissenschaftlichen Evidenz auch die notwendige Konsensbildung bei nicht einfach umsetzbaren Ergebnissen beachten. Es geht unter anderem um die Akzeptanz auf verschiedenen Ebenen der Träger und der Praxis, die Einwirkungsmöglichkeiten in klinikinterne Abläufe und die kurz- und langfristigen Kosten der Umsetzung.

Die wissenschaftliche Sicht ist auf den Forschungsprozess, die gewonnenen Erkenntnisse und den erreichten wissenschaftlichen Fortschritt bzw. die verbliebenen offenen Fragen konzentriert. Aus der Perspektive der Reha-Träger wiederum können sich Umsetzungsvorschläge nicht in der Definition weiteren Forschungsbedarfs erschöpfen, wie auch eine von Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin) in anderem Kontext getroffene Feststellung verdeutlicht:

„Wir wissen noch bei weitem nicht genug, aber wir wären viel weiter, wenn wir umsetzen würden, was wir wissen“.

Hilfreich zum Verständnis der Thematik kann die Unterscheidung zwischen Umsetzung im weiteren Sinne und Umsetzung im engeren Sinne sein. Umsetzung im weiteren Sinne umfasst alle – auch forschungsinterne – Schlussfolgerungen und Konsequenzen aus den Forschungsergebnissen sowie Auswirkungen der Forschung außerhalb der Rehabilitationspraxis. Beispiele für solche Schlussfolgerungen und Konsequenzen sind Bestätigungen für die Wirksamkeit von bereits breit eingeführten Behandlungselementen, die Zusammenstellung von geeigneten Assessmentverfahren für die Beurteilung etwa der Reha-Motivation von Versicherten oder die universitäre Verstetigung rehabilitationswissenschaftlicher Strukturen in Forschung und Lehre. Auch das gestiegene methodische und theoretische Niveau der Rehabilitationsforschung in Deutschland und die damit einhergehende internationale Publizierbarkeit der Ergebnisse sind hier zu nennen. Zur Umsetzung im weiteren Sinn gehören ferner mögliche Auswirkungen auf die weitere Forschung und Forschungsförderung, etwa die erfolgreiche Beantragung und Durchführung von Folgeprojekten, ggf. die Ausdehnung der Forschung auf andere Bereiche der Rehabilitation (z. B. berufliche und geriatrische Rehabilitation) oder auch die Beteiligung weiterer Rehabilitationsträger und Förderinstitutionen an der Forschungsförderung.

Im Unterschied dazu zielt Umsetzung im engeren Sinne direkt auf Veränderungen der Praxis in den Rehabilitationseinrichtungen, bei den Rehabilitationsträgern und bei anderen Beteiligten ab. Die Forschung zeigt hierbei entweder konkrete Lösungsmöglichkeiten für bestehende Probleme auf oder weist auf bisher noch zu wenig bearbeitete Problemfelder hin. Akteure der Umsetzung im engeren Sinne sind u. a. die Rehabilitationsträger, die Rehabilitationseinrichtungen mit den dort arbeitenden ärztlich oder therapeutisch Tätigen, die Wissenschaft (Forscher, Forschungseinrichtungen, Forschungsförderer,



Fachgesellschaften) sowie die Rehabilitanden und Versicherten.

Die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis ist ein komplexer Prozess. Die qualifizierte Publikation der Ergebnisse ist dafür lediglich eine notwendige, keine hinreichende Voraussetzung: Die passive Verbreitung von Ergebnissen ist zwar der am häufigsten beschriebene Umsetzungsweg, hat sich aber als alleinige Strategie als zu wenig effektiv erwiesen. Erforderlich ist zusätzlich ein Bündel aktiver Maßnahmen, um die Implementierung forschungsbasierter Empfehlungen zu ermutigen und nachhaltige Veränderungen der Praxis anzustoßen.

Bei den Maßnahmen, die als Umsetzungsaktivitäten im engeren Sinn angesehen werden können, handelt es sich - neben der Verbreitung von Informationen - um Serviceangebote, die den Zugang der Rehabilitationseinrichtungen zu Forschungsergebnissen erleichtern sowie um Aufforderungen und materielle wie immaterielle Anreize zur Unterstützung des Umsetzungsprozesses. Der Erfolg der Umsetzung kann schließlich durch regelmäßige Erhebungen z. B. im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung dokumentiert werden. Diese vier Gruppen von Umsetzungsaktivitäten („Information“, „Service“, „Aufforderung/Anreiz“, „Kontrolle“) können – ggf. ergänzt um spezifische „Sonstige Maßnahmen“ – als verschiedene Module eines idealtypischen, umsetzungsbezogenen „ISAKS-Modell“ betrachtet werden.

Prioritäre Umsetzungsfelder

Ein Meilenstein der Rehabilitationsforschung war der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“. Im Rahmen dieser gemeinsamen Förderinitiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung wurden Mitte der 2000er Jahre konkrete Konzepte zur Umsetzung der Forschungsergebnisse entwickelt. Dabei hat die Deutsche Rentenversicherung folgende thematische Schwerpunkte für die Umsetzung ausgewählt:

- Patientenschulung
- Berufliche Orientierung
- Nachsorge.

Das Themenfeld „Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation“ stellt einen besonders geeigneten Umsetzungsgegenstand dar, weil es für die Wirksamkeit von Patientenschulungsprogrammen im Rahmen der medizi-

nischen Rehabilitation – auch aus der internationalen Forschung – sehr gute Belege gibt. Als ein Umsetzungsprojekt des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ wurde das Zentrum Patientenschulung an der Universität Würzburg geschaffen. Das Zentrum betreibt eine mittlerweile etablierte und anerkannte Internetplattform, von der wichtige Impulse für die Qualitätsentwicklung der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation ausgegangen sind. Dazu gehören unter anderem eine indikationsspezifische Bestandsaufnahme und kontinuierliche Dokumentation geeigneter Patientenschulungsprogramme (inkl. Manuale, Materialien) und die Organisation von Fortbildungen für Trainer aus den Reha-Einrichtungen (Train-the-Trainer-Seminare). Nicht zuletzt aufgrund der Ergebnisse der Reha-Forschung wurde zudem die Abbildung von Patientenschulungsprogrammen in der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) differenziert. Damit wurde nicht nur deren Stellenwert in der Qualitätssicherung der Rentenversicherung erhöht, sondern auch ein Beitrag zur Verbreitung von standardisierten und qualifizierten Schulungen geleistet.

Die Minimierung des Frühberentungsrisikos und die dauerhafte Reintegration bzw. der dauerhafte Verbleib im Erwerbsleben stellen für die Rentenversicherungsträger entsprechend ihren Aufgaben im gegliederten Sozialsystem die zentralen Ziele der medizinischen und beruflichen Rehabilitation dar. Auf Grundlage der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse wurden deshalb ein stärkerer Einbezug der subjektiven Erwerbsprognose und -motivation der Rehabilitanden, die besondere Berücksichtigung der Problemlagen „beruflicher Risikopatienten“ im Rahmen medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen, eine bessere Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie die Qualitätssicherung auch der beruflichen Rehabilitation als dringlich angesehen. Mittlerweile werden wissenschaftlich entwickelte Screeninginstrumente zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen der Rehabilitanden u. a. durch die Rentenversicherungsträger in der Praxis genutzt. Mit der Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Stufenmodells zur medizinisch-beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation wurden die konzeptuellen Grundlagen für einen flächendeckenden Einsatz entsprechender Konzepte geschaffen. In der Qualitätssicherung der beruflichen Bildungsleistungen wird zurzeit als Ergän-



zung des bereits routinemäßig eingesetzten Berliner Fragenbogens eine Klassifikation für die im Reha-Prozess erbrachten Leistungen entwickelt.

Die Ergebnisse der Reha-Forschung haben deutlich gemacht, dass die Nachhaltigkeit der Reha-Erfolge ein wichtiges Feld für die Optimierung ist. Nachsorgende rehabilitative Leistungen können dazu beitragen, die Kontinuität der Rehabilitation zu sichern und den Reha-Erfolg langfristig aufrechtzuerhalten. Die Zahl der durch die Deutsche Rentenversicherung erbrachten Leistungen zur Nachsorge hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Es wurden verschiedene Nachsorgeprogramme entwickelt, die in der Praxis sowohl von den Versicherten akzeptiert als auch wissenschaftlich in ihrem Nutzen bestätigt wurden. In einem aktuellen Forschungsprojekt wird eine Internetplattform geschaffen, die die verschiedenen Nachsorgeangebote systematisch aufbereiten und damit die Auswahl und den Zugang erleichtern soll. Das Projekt unterstützt damit u. a. auch die Umsetzung von Forschungsergebnissen.

Fazit

Die weitreichende Qualifizierung der medizinischen Rehabilitation in den letzten Jahrzehnten ist eng verbunden mit den Ergebnissen der reha-wissenschaftlichen Forschung. Dabei kann der konkrete Beitrag zu Änderungen in der Praxis nicht immer klar von anderen Einflüssen getrennt werden. Häufig verstärken sich gesellschaftliche, politische und wissenschaftliche Entwicklungen wechselseitig. Ein anschauliches Beispiel dafür ist die Veränderung der Rolle von Patienten in der medizinischen Versorgung aus einer passiven Position hin zum Ideal des informierten Patienten, der bei Therapieentscheidungen aktiv mitwirkt. Zu diesem kulturellen Wandel haben Forschungsergebnisse, z. B. zu einer besseren Therapietreue von informierten Patienten, zwar beigetragen, aber gesellschaftliche Veränderungen waren dabei ebenfalls ent-

scheidend. Eine patientenorientierte Kommunikation ist auch wesentliche Grundlage für die Reha-Praxis.

Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ hat nicht nur zahlreiche wissenschaftliche Erkenntnisse erbracht und zum Aufbau von reha-wissenschaftlichen Forschungsstrukturen beigetragen, er hat auch den Blick noch stärker auf die Umsetzung der Forschungsergebnisse gelenkt und damit einen nachhaltigen Impuls gesetzt.

Die Intensivierung und Qualifizierung der Reha-Forschung hat zudem wesentlich zu einer positiven Wahrnehmung der Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung in der Öffentlichkeit und Politik beigetragen. Erwähnenswert erscheint beispielsweise, dass das häufig zitierte Ergebnis der sogenannten Prognos-Studie, nach dem die Gesellschaft durch jeden für die Rehabilitation eingesetzten Euro ein Mehrfaches durch den Erhalt der Erwerbstätigkeit und Einsparungen bei Sozialleistungen zurückerhält, maßgeblich auf den Resultaten von rehawissenschaftlichen Studien beruht.

Der Wert der Rehabilitationsforschung geht weit über die praktische Umsetzung von evaluierten Konzepten bzw. gewonnenen Ergebnissen hinaus. Nur durch eine intensive und kontinuierliche Forschung ist es möglich, das komplexe System der rehabilitativen Versorgung an aktuelle Erkenntnisse und medizinische, politische und gesellschaftliche Entwicklungen anzupassen. Letztlich verpflichtet die besondere Praxisnähe der Rehabilitationsforschung jedoch alle am Forschungsprozess Beteiligten, die Frage der Praxisrelevanz und die Möglichkeiten der konkreten Umsetzung von Anfang an im Blick zu halten.





Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Majoramputation

von Prof. Dr. Uta Gaidys und Ulrike Michaelis
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Department Pflege und Management
Kontakt: uta.gaidys@haw-hamburg.de; ulrike.michaelis@haw-hamburg.de

Das Projekt zielt auf die Verbesserung der Lebensqualität von älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen durch Förderung ihrer Selbstpflegekompetenzen. Mit dem Vorhaben wird am Beispiel von Menschen mit Amputationen ein Versorgungskonzept entwickelt und realisiert, das durch die Implementierung eines Schulungsprogramms in besonderer Weise die Förderung der Selbstpflegekompetenzen fokussiert. Betroffenen Menschen soll damit die Bewältigung von Belastungssituationen und soziale Teilhabe ermöglicht und Isolation vermieden werden. Das Projekt basiert auf den Erkenntnissen von zwei vorangegangenen Projekten, die durch den vffr gefördert wurden.

Prävalenz von Majoramputationen

Gesicherte Angaben zur Prävalenz von Amputationen in Deutschland fehlen bislang. Insgesamt ist festzustellen, dass am häufigsten Amputationen an den unteren Extremitäten durchgeführt werden. Es werden jährlich ca. 24.000 Majoramputationen¹ in Deutschland durchgeführt [1], das sind 39 % aller Amputationen an den unteren Extremitäten [2]. Bei der Bezifferung von Amputationen und Amputierten muss allerdings bedacht werden, dass auch mehrere Operationen bei einer Person vorgenommen werden können. Daher verteilen sich im Jahr 2002 insgesamt 55.000 Amputationen an den unteren Extremitäten auf 41.000 Patienten [3]. Die Altersverteilung zeigt, dass 82 % der Personen mit einer Majoramputation älter als 60 Jahre sind [1]. Das Verhältnis Männer zu Frauen liegt bei etwa 60:40 [1].

Erstes Teilprojekt: Qualitative explorative Studie (Fördernummer: vffr 116)

In dem Projekt [4] wurden die Erfahrungen, die Menschen vor, während und nach einer Majoramputation im Versorgungs- und Rehabilitationsprozess machen, in einer qualitativen Studie untersucht. Es wurden 28 leitfadengestützte Interviews durch eine qualitative Inhaltsanalyse hinsichtlich der Bedürfnisse zur professionellen Förderung der Selbstpflegekompetenzen der Betroffenen und hinsichtlich ihrer Versorgungssituation analysiert. Die Ergebnisse der Studie

zeigen eindrücklich den Handlungsbedarf und die Notwendigkeit eines strukturierten und übergreifenden Versorgungskonzeptes. Um selbstständig und mobil leben zu können, muss nach Aussage der Betroffenen ein kontinuierlicher Versorgungsprozess realisiert werden. Dazu bedarf es insbesondere eines kontinuierlichen und kompetenten Ansprechpartners und ausreichenden Trainings für die Bewältigung des Alltags. Die Betroffenen sagen aus, dass sie sich oftmals alleingelassen fühlen. Die Ergebnisse der Studie dienen der Entwicklung eines interprofessionellen, klientenorientierten Versorgungskonzeptes (KoReMa), das in einer multidisziplinären Konferenz konsentiert wurde [5].

Zweites Teilprojekt: Survey und systematischer Review (Fördernummer: vffr 154)

In dem der qualitativen Studien folgenden Survey [6] sollten Gruppenunterschiede aufgedeckt und quantitative Aussagen zu den bisherigen Erkenntnissen getroffen werden. Auf Basis der Kategorien der Interviewstudie wurde ein Fragebogen entwickelt, der eine beschreibende und eine schließende statistische Auswertung erlaubte. In den Fragebogen wurden zwei weitere Skalen integriert, der IMET [7] und die CES-D [8]. Mit diesem Instrument wurde der Survey mit 515 Majoramputierten durchgeführt. Zugang zu den Betroffenen wurde durch eine Zufallsstichprobe aus allen Versicherten zweier Krankenkassen mit den Operationen OPS 5-864.0 bis 5-865.3 (n = 1048) gefunden. Weiterhin wurde ein systematischer Review durchgeführt.

Die Analyse der Surveydaten zeigt, dass die betroffenen Menschen erhebliche Schwierigkeiten haben mit der Konsequenz der Amputation ein selbstständiges Leben zu führen. So sind 58 % der Befragten nicht in der Lage ihren Alltag zu bewältigen, weil sie nicht gut genug gehen können, obwohl 44 % der Befragten erwartet haben, nach der Amputation (wieder) gehen zu können. Es gibt für sie also grundlegende Begrenzungen in ihrer Alltagsgestaltung durch die eingeschränkte Mobilität. Nicht ausreichend gehen zu können, ist nach unseren Daten das größte Hindernis für die unabhängige Gestaltung



ihres Lebens. Dies ist eindrucksvoll, da dreiviertel der befragten Menschen mit einer Prothese versorgt wurden. Weiterhin ist erstaunlich, dass die Betroffenen mit ihrem Versorgungsprozess und den Tätigkeiten der professionellen Akteure überwiegend zufrieden sind, obwohl sie erwartet hatten, nach dem Ereignis der Amputation und der Rehabilitation besser gehen zu können, als sie es zum Zeitpunkt der Befragung können. Die Ergebnisse lassen überdies annehmen, dass die Fähigkeit und die Motivation zur Selbstpflege von Menschen vor, während und nach Amputation substantiellen Einfluss auf den Verlauf und das Ergebnis der Rehabilitation haben, da Aktivitäten des täglichen Lebens und gesellschaftliche Teilhabe ohne Selbstpflegefähigkeiten nicht realisierbar sind. Waren die Selbstpflegekompetenzen bei den Studienteilnehmern nicht angemessen entwickelt und dadurch bspw. die Mobilität begrenzt, schränkte dies die Teilhabe ein.

Der systematische Review zeigt, dass kaum aktuelle Studien, die die Wirkung von rehabilitativen Maßnahmen untersuchen, existieren. Viele der vorhandenen Studien beziehen sich auf die junge Minderheit der traumatisch oder tumorbedingt Amputierten. Bei allen Studien, welche inhaltlich geeignet waren, in diesen Review aufgenommen zu werden, mussten Einschränkungen in der Generalisierbarkeit der Aussagen aufgrund des Risikos eines Bias hingenommen werden. Somit konnten hier nur mögliche Wirkungen von Maßnahmen beschrieben werden.

So zeigt sich ein Konditionstraining mit dem Ergometer bei jungen Klienten als positive Maßnahme [9,10,11], welches auch bei älteren Klienten, wie Hypertoniepatienten, nützlich sein könnte [12]. Auch eine wiederholte Gehschule zur Verbesserung der Mobilität könnte eine positive Wirkung für alle Betroffenen haben [13].

Transfer in die Praxis

Die bisher durchgeführten Studien [4,5,6] zeigen, dass den meisten Menschen mit einer Amputation ein verlässlicher und kontinuierlicher Partner fehlt, der sowohl ihre Lebenssituation professionell im Blick hat, als auch die komplexe gesundheitliche Versorgungssituation koordinieren kann. Durch die Förderung von Selbstpflegekompetenzen sollen in dem vom BMBF geförderten Projekt *Verbesserung der Lebensqualität von älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen durch Förderung von Selbstpflegekompetenzen am Beispiel von Amputationen (SeKom)*² den Betroffenen die

Bewältigung von Belastungssituationen und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht werden. Seit September 2012 wird im Rahmen der SILQUA-Förderrichtlinie eine dreijährige Interventionsstudie durchgeführt. Das Projekt steht unter der Schirmherrschaft der Hamburger Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks.

Zur Realisierung des Studienziels werden in Kooperation mit Netzwerkpartnern Caremanager-Amputationsbegleiter (CAmBeg³) ausgebildet, die Menschen mit Majoramputation durch den Rehabilitationsprozess kontinuierlich begleiten. Sie beraten, informieren und koordinieren – beginnend mit der drohenden Amputation bis in die Häuslichkeit. Am Ende der Studie soll die Wirkung dieser spezifischen Begleitung untersucht werden. Es wird eine Reduktion der Versorgungsdefizite erwartet, die mit besserer Informiertheit, adäquater Versorgung mit rehabilitativen Maßnahmen und Hilfsmitteln und somit durch geringere Komplikationen zu einer höheren Inklusion und zu höherer Lebensqualität führt.

Die Schulungsinhalte wurden aus den Erkenntnissen der vorangegangenen Studien sowie durch Fokusgruppen mit Betroffenen und einer Delphibefragung mit Personen aus der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Majoramputationen entwickelt. Die Schulung hat einem modularen Aufbau und besteht aus Präsenzveranstaltungen mit Impulsvorträgen, handlungsrelevanten Übungseinheiten und Hospitationen. Außerdem ist eine regelmäßige Analyse von Fallbeispielen und die Entwicklung von möglichen Änderungsvorschlägen im Sinne des problemorientierten Lernens integriert und bietet ein hohes Maß an praktischen Erkenntnissen, Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten. Über sechs Monate findet die Fortbildung in zwei Schulungsblöcken von jeweils einer Woche statt. Die abschließende Prüfung schließt eine schriftliche Fallanalyse sowie eine praktische Prüfung (OSCE) ein. Während der Schulung werden die erworbenen Kompetenzen anhand einer Adaption der deutschen Version der Nurse Competence Scale [14] erhoben.

Im Oktober 2013 fand die erste Schulungswoche statt. Im Februar 2014 wird die Fortbildung weitergeführt. Ab dem Frühjahr 2014 gehen die CAmBeg in die Praxis und begleiten Menschen, die von Amputation betroffen sind. Bei diesen Personen und einer Kontrollgruppe wird die Versorgungsqualität erhoben, um die Wirksamkeit der Intervention zu untersuchen.



Es werden dazu die Versorgungsverläufe von den Patienten beschrieben, die von den geschulten Personen im Anschluss der Schulung betreut wurden („intervention group“). Im Vergleich dazu wird der Versorgungsverlauf zufällig ausgewählter Patienten analysiert („treatment as usual“). Zur Analyse werden behandelnde Personen und der oder die Betroffene selbst mittels eines Telefoninterviews befragt. Zusätzlich zum Versorgungsverlauf werden die Lebensqualität und Bewältigungskompetenzen der Patienten erfasst.

Ausblick

Es wird erwartet, dass die Interventionsgruppe ihre Versorgung positiver bewertet als die Kontrollgruppe und ihre Lebensqualität gegenüber der der Kontrollgruppe höher ist. In diesem Modellversuch sollen auch die Finanzierung der künftigen CAmBEGs und die Kosten der Versorgung untersucht werden. Dafür suchen die Projektmitarbeiter noch kooperierende Kranken- und Rentenversicherungen.

SeKom

Förderung der Selbstpflegekompetenzen
von Menschen mit Amputationen

¹Amputationen ab dem Sprunggelenk aufwärts

² geleitet von Uta Gaidys und Corinna Petersen-Ewert, Mitglieder der Projektgruppe: Ulrike Michelis, Mareen Jahnke, Andrea Vogt-Bolm, durchgeführt an der HAW, www.lebenmitamputation.de

³Begleitung durch den CAmBeg = Comeback in einen selbstbestimmten Alltag



Herausforderungen bei der Implementierung und Evaluation eines neuen Therapiekonzepts in Einrichtungen der stationären Suchtrehabilitation - Ein Erfahrungsbericht zum Behandlungsprogramm „Sicherheit finden“

von Dr. Julia von Schönfels, Dipl.-Psych. und PD Dr. Ingo Schäfer

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Kontakt: j.von-schoenfels@uke.de

Bei Menschen mit Suchtproblemen finden sich hohe Raten traumatischer Erfahrungen und damit verbundener Komorbiditäten wie die der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Der starke Zusammenhang zwischen Sucht und Traumafolgen erfordert einen integrativen Behandlungsansatz, in dem beide Erkrankungen gleichermaßen berücksichtigt werden. Im deutschen Sprachraum fehlte bislang ein solch umfassender Therapieansatz, wie ihn das in den USA entwickelte Gruppen-Therapiekonzept „Seeking Safety“ bietet (dt. „Sicherheit finden“; Najavits 2008). In einem aktuell durch den vffr geförderten Projekt wird die Umsetzbarkeit und Effektivität von *Sicherheit finden* in 8 Suchtrehabilitationskliniken im norddeutschen Raum untersucht. Insgesamt 270 Patienten mit PTBS-Symptomatik besuchen in

der Interventionsphase zusätzlich zur regulären Behandlung entsprechende Therapiegruppen.

Die Effekte der Behandlung werden nach Abschluss der Behandlung und bei einer postalischen 6-Monatskatamnese mit denen bei einer zuvor erhobenen Kontrollgruppe, die ebenfalls 270 Patienten umfasst, verglichen.

Die praktische Umsetzung der Studie brachte vor allem zu Beginn eine Reihe von Herausforderungen mit sich. In den teilnehmenden Fachkliniken bedeutet die Datenerhebung, die von den Kliniken selbst geleistet werden muss, einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand (ca. 3 Stunden pro Patient). Hinzu kommt die Verwaltung und Dokumentation der erhobenen Daten. Nicht alle Kliniken, die ein Interesse an der Studie hatten, konnten diesen zusätzlichen zeit-



lichen Aufwand in ihren Klinikalltag integrieren und traten teilweise von einer Beteiligung an der Studie zurück, so dass weitere Kliniken für eine Teilnahme angefragt werden mussten. Auch die Integration von wissenschaftlichen und therapeutischen Interessen bei der Durchführung der Therapie stellt eine Herausforderung dar. Der wissenschaftliche Rahmen fordert von den Therapeuten eine starke Nähe zum Manual. Gleichzeitig ist gerade bei dieser Patientengruppe immer wieder mit akuten Krisen zu rechnen, die flexible Interventionen notwendig macht. In diesen Situationen erweist sich der stationäre Rahmen als hilfreich.

Die untersuchte Intervention sowie die Durchführung der Studie allgemein findet einen hohen Zuspruch bei den Patienten. So erwies sich selbst die Rekrutierung der Kontrollgruppe als unproblematisch, da zahlreiche Patienten bereits die standardisierte Diagnostik der bislang nicht erkannten Traumafolgen als hilfreich empfanden. Die meisten teilnehmenden Kliniken möchten das Therapieprogramm aufgrund ihrer guten Erfahrungen damit auch nach Ende der

Studie weiter anbieten, so dass von der Untersuchung nicht nur ein wissenschaftlicher Mehrwert erwartet werden kann, sondern sie bereits jetzt positive Effekte auf die Versorgung der bislang zu wenig berücksichtigten Gruppe von Suchtkranken mit posttraumatischen Störungen zeigt. Insgesamt lässt sich festhalten, dass bei Datenerhebungen im klinischen Setting der zeitliche Mehraufwand für die erhebenden Praktiker sowie Konflikte zwischen wissenschaftlichen und therapeutischen Interessen wesentliche Herausforderungen darstellen können. Deshalb sollte der entstehende Zeitaufwand gut kalkuliert, die vorhandenen Kapazitäten geprüft und die Umsetzung sorgfältig mit den Kliniken geplant werden. In Bezug auf das untersuchte Therapieprogramm zeichnet sich ab, dass die wissenschaftlichen und therapeutischen Bemühungen bei der Implementierung dieses neuen Therapieansatzes zu nachhaltigen Verbesserungen in der Versorgung dieser Gruppe von komorbiden Patienten führen werden.

Nachsorge Neues Credo – Voraussetzungen eines Transfers

von Dr. Ruth Deck

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität Lübeck

Kontakt: ruth.deck@uksh.de

Die medizinische Rehabilitation ist wirksam, ihre Erfolge sind jedoch selten nachhaltig. Die wenigsten Rehabilitanden schaffen es, die in der Reha-Klinik neu erworbenen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen in der Alltagsroutine aufrecht zu erhalten, Reha-Motivation und Reha-Ziele verblassen in kurzer Zeit. Rehabilitanden brauchen über den 3-wöchigen Aufenthalt hinaus begleitende Unterstützung, wenn der Reha-Erfolg von Dauer sein soll. Aus diesem Grund wurden in der vergangenen Zeit vielfältige Nachsorgekonzepte bzw. -strategien entwickelt und erprobt. Sie reichen von telefonischer Nachsorge über unterschiedliche Auffrischkurse bis hin zu Angeboten, die die neuen Medien nutzen. Die Erfolge der einzelnen Strategien fallen unterschiedlich aus. Im Rahmen eines vffr-Projektes und später im Rahmen des bundesweiten Förderschwerpunktes von BMBF

und DRV wurde ein Nachsorgekonzept entwickelt, das den Fokus mehr auf den Rehabilitanden richtet: das *Neue Credo*. Bei dieser Reha-Philosophie wird die Nachsorge von Beginn an mitgedacht, Nachsorgeinhalte werden mit dem Rehabilitanden in der Klinik festgelegt und die Umsetzung nach der Reha über einen längeren Zeitraum durch die Klinik kontrolliert. Diese Kontrolle erfolgt mit Hilfe von Bewegungstagebüchern, die der Rehabilitand zu Hause führt. Hier werden Vorsätze, Umsetzungsgrad, Umfang der Aktivitäten sowie Hilfen und Hürden eingetragen. Die Evaluation des *Neuen Credo* erfolgte mit sechs Reha-Einrichtungen in Schleswig-Holstein, drei Interventionskliniken (IG) setzten das *Neue Credo* in ihren Kliniken um, drei Kliniken mit einem Standardprogramm dienten als Kontrollgruppe (KG).



Die Ergebnisse dieser Studie zeigten u.a.

1. eine signifikant höhere Zufriedenheit mit dem Nachsorge-Management der Klinik
2. signifikant größere Langzeiteffekte bei der IG
3. ein signifikant größeres Ausmaß an körperlicher Aktivität nach der Reha bei der IG
4. einen signifikant höheren Zielerreichungsgrad im Alltag bei der IG.

Neben den nachhaltigeren Effekten durch das Neue Credo ergab unsere Studie eine hohe Akzeptanz und Machbarkeit bei Kliniken und Rehabilitanden. Teilaspekte des Neuen Credo (Beobachtungsheft während des Klinikaufenthalts) wurden von Reha-Einrichtungen außerhalb der Forschung für ihren Klinikalltag adaptiert (z. B. in der pneumologischen Rehabilitation und bei der Rehabilitation von Essgestörten). Das sensibilisiert zumindest für das Thema Nachsorge. Wichtig für die Langzeiteffekte ist jedoch das Führen der Bewegungshefte nach der Reha und die Begleitung der Rehabilitanden über einen längeren Zeitraum. Einmal angelegte Lebensstile sind äußerst schwer zu verändern. Verhaltensänderungen im häuslichen und im beruflichen Alltag sind nicht einfach, zumal Lebensstiländerungen in der Regel zunächst unbequem sind und viel Selbstüberwindungskosten. Die Planungs- und Selbstbeobachtungstechniken, schriftlichen Dokumentationen und der mögliche Kontakt zu einer klinikinternen Nachsorgebeauftragten tragen vermutlich maßgeblich zur Verstetigung, zum „Durchhalten“ der Vorsätze bei.

Entlastung von Ärzten durch eine Rehaassistenz

von Dr. phil. Dipl.-Psych. Jürgen Höder

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, wissenschaftlicher Mitarbeiter

Kontakt: jhoeder@aol.com

Ärzte sind knapp. Viele Rehakliniken können Arztstellen nicht oder nicht angemessen besetzen. Ärzte sind die teuerste Ressource in der Rehabilitation. Sie bringen den größten Nutzen, wenn sie das tun, wofür sie ausgebildet sind. Angesichts dieser Umstände erscheint es keine kluge Strategie, Ärzte mit einer Vielzahl von Aufgaben zu belasten, die ebenso gut andere erledigen könnten. Wie wir in einer vom

Was sind die Voraussetzungen des Neuen Credo?

Schon während des Reha-Aufenthalts wird ein besonderes Augenmerk auf die Zeit nach der Reha gelegt. Dies erfordert ein Umdenken bei Klinikpersonal und Rehabilitand. Rehabilitanden müssen mit dem Prinzip „mehr Eigeninitiative“ vertraut gemacht werden, Gruppensitzungen mit entsprechend geschulten Ansprechtherapeuten erleichtern dies. Die Begleitung des Rehabilitanden über einen längeren Zeitraum nach der Reha beinhaltet das Prüfen der Bewegungstagebücher, individuelle Rückmeldungen zu den Inhalten der Dokumentation und das Vorhalten einer Hotline für Patienten mit Umsetzungsproblemen. Diese Aufgaben erfüllte in unserer Studie eine sogenannte Nachsorgebeauftragte.

Wie kann ein Transfer des Neuen Credo in die Praxis gelingen?

Die zusätzliche Zeit, die das Neue Credo erfordert, müsste zusätzlich erbracht und auch vergütet werden. Aus Eigenmitteln sind die anfallenden Aufgaben von einer Klinik kaum zu bewerkstelligen. Der genaue Aufwand wird im Moment in einer Klinik ermittelt, die an der Nachsorgestudie teilgenommen hat. Auch wird zur Zeit geprüft, ob alle Rehabilitanden die Nachsorgehefte und -kontrolle durch die Klinik brauchen oder ob dies in Abhängigkeit der Schwere der Erkrankung variiert werden kann. Welche Möglichkeiten sich gegebenenfalls eröffnen, soll mit den Kostenträgern geprüft werden.

vffr geförderten Studie [1, 2] herausfanden, sehen das Ärzte und andere klinische Mitarbeiter genauso. Sie schlugen die Etablierung einer Assistentkraft vor, die dem Arzt zahlreiche Aufgaben abnimmt – hauptsächlich organisatorische, informationserhebende und -vermittelnde sowie Sekretariatsaufgaben.

Viele Aufgaben dienen der Vorbereitung der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung, zum Beispiel

die mitgebrachten Unterlagen auf Vollständigkeit prüfen und beschaffen, was fehlt; Fragebögen auswerten; Reha-Ziele erfragen. Auch am Ende der Maßnahme gibt es etwas zu tun, zum Beispiel Nachsorgeformulare ausfüllen und mit dem Rehabilitanden besprechen. Die Assistenz erleichtert es dem Arzt, sich auf die genuin medizinischen Fragen zu konzentrieren.

Einige Rehaeinrichtungen haben Rehaassistentinnen¹ eingestellt und wissenschaftlich begleiten lassen [3]. Die Ergebnisse waren ermutigend. Insgesamt übernahmen die Rehaassistentinnen etwa dreißig verschiedene Aufgaben, vom Pulsfühlen bis zur Erhebung von Teilen der Anamnese oder dem selbständigen Verfassen von Teilen des Entlassungsberichtes. Ärzte gaben eine deutliche Entlastung zu Protokoll. Sie war umso größer, je mehr Aufgaben delegiert worden waren. Bei allen Beteiligten – den Ärzten, dem Pflegepersonal, den Rehabilitanden und den Rehaassistentinnen selbst – herrschte die Einschätzung vor, dass die Rehaassistentinnen den Aufgaben voll gewachsen waren und ihre Rolle von allen akzeptiert wurde.

Im Klinikum Bad Bramstedt gibt es Rehaassistentinnen seit nunmehr fünf Jahren – zunächst eine Stelle, heute sind es neun. Im norddeutschen Raum sind mir mehr als zehn Kliniken bekannt, die entsprechende Stellen eingerichtet haben. Die Rehaassistenz hat den Praxistest bestanden.

Erfolgsfaktoren

Der Erfolg war nicht in allen Kliniken gleich. Er hing deutlich mit der Qualifikation und dem Engagement der Beteiligten zusammen. Als günstig hat es sich erwiesen, wenn die Rehaassistentin eine Ausbildung als medizinische Fachangestellte oder Gesundheits- und Krankenpflegerin hatte und bereits seit längerer Zeit in der Einrichtung in anderer Funktion tätig war, so dass sie mit den Einrichtungen, Abteilungen und Abläufen der Klinik sowie mit den Institutionen und Begriffen der Rehaszene vertraut war. Auf ärztlicher Seite förderte Teamfähigkeit und Vertrauen in die Kompetenz der Assistentin das Gelingen.

Sehr nützlich ist ein EDV-System, das es der Rehaassistentin ermöglicht, unmittelbar in den Entlassungsbericht zu schreiben und auf die Terminplanung zuzugreifen. Ein eigenes Büro für den Patientenkontakt ist unabdingbar, am besten in unmittelbarer Nachbarschaft von Arzt- und Stationszimmer.

Die Einführung eines neuen Berufes trifft oft auf Skepsis. Daher ist eine geplante und begleitete

Einführung ratsam, eine Abstimmung und Beschreibung der Tätigkeit und der geänderten Abläufe im gesamten Team. Die neue Schnittstelle Rehaassistentin verlängert den Aufnahmeprozess. Das erzwingt bei Spätaufnahmen eine besonders sorgfältige Planung.

Transfer in die Praxis

Der Sinn einer Rehaassistenz ist so augenfällig, dass viele Einrichtungen von selbst auf diese oder ähnliche Gedanken kommen. Aber es gibt auch Hemmnisse: die Finanzierung und die Fortbildung. Auf diesen Feldern könnte die Deutsche Rentenversicherung die weitere Verbreitung in den von ihr belegten Einrichtungen wirksam unterstützen.

Eine der an der Studie beteiligten Kliniken berichtete: Die Visitatoren der DRV erhoben zwar keine Einwände gegen die Rehaassistenz, bestanden aber trotzdem darauf, dass der vorgeschriebene Personalschlüssel für Ärzte eingehalten werde. Da die Rehaassistentinnen aus einer nicht besetzten Arztstelle finanziert wurden, muss nun die Rehaassistenz wieder abgebaut werden. Dabei heißt es schon im „Positionspapier Rehabilitation 2010“² der DRV:

Ergebnisse der Reha-Forschung weisen darauf hin, dass Ärzte in der medizinischen Rehabilitation häufig berufsferne Tätigkeiten ausüben, die mit der direkten Versorgung der Rehabilitanden konkurrieren. Die Rentenversicherung wird deshalb die Reha-Einrichtungen dabei unterstützen, alle Möglichkeiten zur Entlastung von Ärzten auch durch nicht-ärztliches Personal gezielt auszunutzen. (Seite 14)

Im Laufe der letzten Jahre haben sich die Gewichte in der Reha verschoben: Neben der Linderung von Beschwerden und Einschränkungen treten immer mehr Gesichtspunkte von Nachhaltigkeit, Krankheitsbewältigung und Patientenschulung in den Vordergrund. Neben die medizinische Kompetenz tritt gleichrangig die kommunikative und didaktische Kompetenz des Personals. Das relativiert die Bedeutung von Ärzten. An ihrer herausgehobenen Stellung festzuhalten, erscheint immer weniger zeitgemäß. Die DRV hat hierzu einen bemerkenswerten ersten Schritt getan, indem sie in ihren Struktur- und Anforderungsanforderungen [4, Seite 18] Ärzte und Psychologen in einer so genannten Funktionsgruppe zusammenfasst und sie so in einem gewissen Umfang austauschbar macht. Eine angepasste Regelung sollte sich auch für Rehaassistenten finden lassen.

Der zweite Punkt, an dem die DRV den Transfer fördern könnte, betrifft die Ausbildung der

Rehasistenten. In [3] wurden die Ausbildungsgänge von Gesundheits- und Krankenpflegern, Medizinischen Fachangestellten und Dokumentationskräften anhand einer Liste der benötigten Fähigkeiten daraufhin untersucht, wieweit sie als Grundausbildung für Rehaassistentinnen geeignet sind. Die Analyse der benötigten Qualifikationen zeigte, dass Medizinische Fachangestellte von ihrer Grundausbildung her die besten Voraussetzungen mitbringen. Um als Rehaassistentin erfolgreich arbeiten zu können, ist jedoch eine Weiterbildung nötig. Denn viele rehaspezifische Inhalte und Fähigkeiten fehlen in der Ausbildung. Ein Curriculum für die Weiterbildung zur Rehaassistentin findet sich in [3]. Die DRV könnte eine solche Weiterbildung organisieren. Ein ähnliches Angebot hat sie ja bereits für Psychologen entwickelt. Im Übrigen könnten auch Ärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten usw.,

die neu in die Reha einsteigen und in ihrer Ausbildung über rehaspezifische Themen ja kaum

etwas gehört haben, von so einem Angebot ebenfalls profitieren.

Fazit

Die Rehaassistentin ist eine in der Praxis bewährte Möglichkeit, ohne steigende Kosten und ohne Abstriche in der Arbeits- und Patientenzufriedenheit Ärzte durch die Übernahme zahlreicher Aufgaben so zu entlasten, dass sie ihre Kernkompetenz vermehrt dort einbringen können, wo sie am dringendsten gebraucht wird: in der medizinischen Versorgung der Rehabilitanden. Die DRV kann die Rehaassistentin unterstützen, indem sie Finanzierungshemmnisse beseitigt und eine Weiterbildung in rehaspezifischen Inhalten fördert.

¹Ich verwende die weibliche Form, weil alle Assistenzkräfte, die in diesem Projekt befragt wurden, Frauen waren. Natürlich können ebenso gut männliche Personen die Assistenzfunktion ausüben.

²www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206988/publicationFile/2265/Positionspapier_Reha_2010.pdf;jsessionid=73FC7092385530DB2DD91A313DE230BF.cae04. Zugriff am 28.10.2013



Reha-Nachsorge: Aktuelle Entwicklungen Tagungsbericht zum 7. Interdisziplinären Reha-Symposium des vffr

von Dr. Angela Buchholz

Leitung der Arbeitsgruppe Sucht- und Rehabilitationsforschung

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Kontakt: a.buchholz@uke.de

Am 11. November 2013, einem wunderschönen Herbsttag, fand das siebte interdisziplinäre Reha-Symposium des vffr mit dem Thema *Reha-Nachsorge: Aktuelle Entwicklungen* statt. Das Symposium wurde unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Dr. Ruth Deck und Frau Dr. Nathalie Glaser-Möller und mit Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung Nord, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrt sowie des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) im Radisson Blu Senator Hotel in Lübeck ausgerichtet. Dass das Thema Nachsorge, obwohl bereits beim zweiten vffr-Symposium 2003 diskutiert, nach

wie vor auf sehr großes Interesse stieß, zeigte sich bereits im Vorfeld in der Tatsache, dass nicht alle Anmeldungen zum Symposium berücksichtigt werden konnten und eine Warteliste eingerichtet werden musste. So begrüßte dann auch Dr. Ruth Deck einen randvollen Sitzungsraum, als sie das Symposium anmoderierte. Seit 2003, so Deck, habe sich in Sachen Reha-Nachsorge eine ganze Menge getan. War es damals noch ein wenig beforschtes Thema, seien in den letzten 10 Jahren eine Vielzahl neuer Entwicklungen angestoßen worden.

Auch Frau Dr. Ingrid Künzler, die als Vorsitzende der Geschäftsführung der DRV Nord und Vorsit-

zende des vffr - Vorstands das Symposium offiziell eröffnete, betonte die hohe Relevanz und Aktualität des Themas Reha-Nachsorge. Ging es vor 10 Jahren eher noch um die Frage der Rechtfertigung von Nachsorgeprogrammen, könne man mittlerweile weit differenziertere Fragen stellen: Welche der entwickelten Nachsorgeprogramme haben sich als effektiv erwiesen, um die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu verbessern? Wie kann die Abstimmung zu anderen Versorgungsbereichen optimiert werden? Wie können neue Medien sinnvoll eingesetzt werden? Wie sieht es eigentlich mit der Machbarkeit, vor allem in infrastrukturschwachen Gebieten, aus? Diese und weitere Fragen in den folgenden Vorträgen vertieft und diskutiert.



Nach der offiziellen Einführung folgten zwei Überblicksreferate unter der Moderation von Dr. Ruth Deck. Zunächst stellte Herr Dr. Rolf Buschmann-Steinhage von der DRV Bund in seinem Vortrag *Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung: aktueller Stand* die gegenwärtige Situation der Verordnung bzw. Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen dar. So werde insgesamt 17,4 % der Versicherten, die eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben, eine Nachsorgeleistung angeboten. Nach einer stationären Rehabilitation finde dabei wesentlich seltener Nachsorge statt als nach ambulanten Angeboten. Zudem erhielten ältere Rehabilitanden seltener Nachsorgeempfehlungen als jüngere. Betrachte man die unterschiedlichen Indikationen, so falle auf, dass die meisten Nachsorgeempfehlungen nach der orthopädischen Reha ausgesprochen werden, während z. B. nach onkologischer Rehabilitation oder Reha-Maßnahmen für Kinder und Jugendliche kaum Nachsorge stattfindet. Neben einer kurzen Darstellung aktueller Förderschwerpunkte zum Thema Reha-Nachsorge erläuterte Herr Buschmann-Steinhage auch aktuelle Fragen innerhalb der Rentenversicherungsträger und gab damit auch gleichzeitig einen Ausblick. So seien die Angleichung zwischen den Rentenversicherungsträgern, die Auszahlung einer Fahrtkostenpau-

schale für die Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen, die Notwendigkeit des multimodalen Nachsorgeansatzes, eine mögliche Erweiterung zugelassener Leistungsträger zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung sowie die Möglichkeit eines gestuften flächendeckenden Angebots momentan Gegenstand der Diskussion. Wichtig sei, dass Reha und Nachsorge zukünftig noch mehr als Einheit wahrgenommen werden, auch eine stärkere berufliche Orientierung sowie die Bereitstellung von Nachsorgeangeboten für die bisher zu wenig berücksichtigten Indikationsbereiche seien Themen der Zukunft.

Frau Susanne Schramm vom Institut für Sozialmedizin am UKSH stellte im zweiten Übersichtsreferat das Zentrum Reha Nachsorge (ZeReNa) vor, welches derzeit in einem sehr sorgfältigen Prozess entwickelt werde. Zunächst machte Frau Schramm anhand einiger kurioser Bilder aus einer Google-Recherche deutlich, wie heterogen die Angebotslandschaft in Deutschland ist, die man unter dem Begriff Nachsorge finden kann. Dies hat das Team des Instituts für Sozialmedizin zum Anlass genommen, mit dem Projekt ZeReNa etwas Licht ins Dunkel zu bringen: Entstehen soll ein Web-Portal, welches einen fundierten Überblick über existierende Nachsorgeangebote und deren Qualität liefern kann. Sehr anschaulich verdeutlichte Frau Schramm die verschiedenen Schritte und die Systematik, mit der sie bei der Erstellung dieses Angebots vorgegangen waren. Neben Literatur- und Webrecherchen wurden auch Gespräche mit Anbietern geführt und ausgewertet. Die Beurteilung der Qualität einzelner Maßnahmen war ein weiterer aufwändiger Schritt, da zunächst mithilfe eines Konsensusverfahrens relevante Qualitätsdimensionen bestimmt werden mussten. Die Webseite befindet sich momentan noch im Aufbau, Interessierte können sich aber bereits über das Projekt und die Vorgehensweise der Arbeitsgruppe unter www.nachderreha.de informieren.

Der zweite Veranstaltungsblock widmete sich dem Thema *Berufsbezogene Reha-Nachsorge*. Die Moderation übernahm dabei Dr. Frank Enslin vom Lübecker Drägerwerk, der so gleichsam die Gelegenheit bekam, die vorgetragenen Projekte aus betrieblicher Perspektive zu kommentieren. Dr. Matthias Bethge von der Medizinischen Hochschule Hannover stellte die Entwicklung und wissenschaftliche Evaluation der *Intensivierten medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsnachsorge* (IMBORENA) dar. In der IMBORENA sollen Rehabilitanden mithilfe von vier zusätzlichen Modulen mit berufsrele-

vanten Inhalten (Sozialberatung, Arbeitsplatzstrukturierung, Psychosoziale Gruppe sowie ein Entspannungsmodul) innerhalb der etablierten IRENA-Nachsorge dabei unterstützt werden, an den Arbeitsplatz zurückzukehren. In der von der Arbeitsgruppe durchgeführten randomisiert-kontrollierten Studie zeigte sich jedoch hinsichtlich der erfassten Zielparameter kein Effekt. Deutlich wurde auch, dass die Manualtreue der beteiligten Einrichtungen sehr unterschiedlich war: Wurde in einigen Einrichtungen sehr häufig IMBORENA empfohlen, gab es auch Kliniken in denen sehr wenig bis gar keine entsprechenden Empfehlungen ausgesprochen wurden.



Mit dem musikalischen Akronym *Sonate* (Sozialdienstliche Nachsorge durch telefonische Intervention) präsentierte Dr. Martin Vogel von Mühlenbergklinik in der Holsteinischen Schweiz sein gerade angelaufenes Forschungsprojekt, welches mit Förderung des vffr durchgeführt wird. Da die Datenerhebung just am Vortrags-tage begann, wurden noch keine Ergebnisse präsentiert. Dr. Vogel erläuterte in seinem Vortrag stattdessen sehr anschaulich die geplante Intervention und vermuteten Wirkfaktoren, sowie die bisher geleisteten Entwicklungsschritte zur Umsetzung des Projekts. Aus einer klinikinternen Umfrage hatte sich gezeigt, wie wichtig den Rehabilitanden die persönliche Anbindung an den Sozialdienst der Klinik war, mit dem sie bereits während ihres stationären Aufenthaltes zusammengearbeitet hatten. Zudem sei es sehr wichtig, auch frühzeitig die Möglichkeit anzubieten, den Arbeitgeber, Betriebsarzt, Personalrat oder auch Angehörige in die Planung des beruflichen Wiedereinstiegs einzubeziehen. In achtwöchigen Telefonkontakten über einen Zeitraum von insgesamt 12 Monaten sollen die Patienten bei ihrem beruflichen Wiedereinstieg unterstützt werden, wobei die Telefonkontakte leitfadengestützt durchgeführt werden sollen. Eine andere Perspektive beleuchtete Herr O. Niemann von der DRV Braunschweig-Hannover. In seinem Vortrag erklärte er einen neuen Ansatz zum Fallmanagement MBOR, der an den Fachberatungsdienst der DRV Braunschweig-Hannover angegliedert ist. Das Angebot des Fall-

managements bestehe für Rehabilitanden, bei denen die Fortführung der aktuellen Tätigkeit unwahrscheinlich erscheint oder bei Arbeitslosigkeit. Zunächst seien Fallgruppen unterschiedlichen Bedarfs gebildet und diesen spezifische Interventionsmöglichkeiten zugeordnet worden. Wichtig sei eine gute Vernetzung aller Beteiligten. So sei eine gute Übergabe vom Sozialdienst der Kliniken ein relevanter Faktor. Eine Auswertung der im Jahr 2012 beratenen Rehabilitanden (ca. 3000 Fälle) belegt, dass bei insgesamt 2/3 Erfolge (neuer Arbeitsplatz, abgeschlossene LTA, Arbeitsplatz erhalten) zu verzeichnen waren. Eine wissenschaftliche Evaluation sowie eine Erweiterung des Angebots auf nicht trägereigene Kliniken seien zukünftige Ziele. In der anschließenden Diskussion wurde von einer anwesenden Betriebsärztin die Praktikabilität und Qualität dieses Ansatzes gelobt.

Als letzter Redner vor der Mittagspause erläuterte Norbert Goedecker-Geenen von der DRV Westfalen ein Modellprojekt, welches zunächst vom Bundesministerium für Arbeit gefördert worden war. Das Projekt wurde anhand der exemplarischen Bearbeitung von 100 Pilotfällen entwickelt, momentan sei die Implementierung geplant. Wesentlich bei diesem Ansatz sei die Qualifizierung des beratenden Personals in den Reha-Servicestellen, eine Aufstockung des vorhandenen Personals um 25 %, die zeitnahe Bearbeitung relevanter Probleme sowie die größtmögliche Vernetzung zwischen allen Beteiligten. Insgesamt gab es nach jedem der Vorträge rege Diskussionen und viele Nachfragen. Die bessere Vernetzung mit Betrieben, der Umgang mit arbeitslosen Rehabilitanden, Abgrenzung der Reha-Nachsorge zur anderen Bereichen sowie die Beratung von Rehabilitanden mit psychischen Störungen wurden intensiv diskutiert.

Nachdem die Teilnehmer sich in der Mittagspause ausreichend stärken konnten, stand der Nachmittag unter dem Thema *Neue Medien in der Nachsorge*. Die Moderation übernahm Prof. Dr. Wilfried Mau vom Universitätsklinikum Halle-Saale und hielt auch den ersten Vortrag zum Thema *Möglichkeiten und Limitierungen neuer Medien in der Reha-Nachsorge*. Professor Mau machte deutlich, dass große Hoffnungen in den Einsatz neuer Medien gesetzt worden seien. Man sei davon ausgegangen, dass der Personal- und Zeitaufwand bei gleichsam höherer Flexibilität für Rehabilitanden und Fachpersonal reduziert werden könne. Vor allem telefonische Nachsorgeinterventionen seien mittlerweile recht gut untersucht, auch zum Einsatz anderer neuer Medien wie Internet oder Smartphones gebe es

mittlerweile Untersuchungen. Von den anfangs hohen Erwartungen könne man allerdings die meisten zumindest bislang nicht unbedingt als erfüllt ansehen: Der Personal- und Zeitaufwand sei zumeist eher höher. Zwar sei die Akzeptanz derjenigen, die die Angebote in Anspruch nehmen, hoch, die Inanspruchnahme der Angebote durch Rehabilitanden insgesamt aber eher gering. Wirksamkeit und Kosteneffektivität seien zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilbar. Passend zum Thema Neue Medien versagte das Laptop kurzfristig seinen Dienst, als PD Dr. Dieter Benninghoven von der Mühlenbergklinik im Anschluss über ein Projekt zur Nachsorge über ein Internet-Forum in der Verhaltensmedizinischen Orthopädie berichten wollte. Herr Benninghoven konnte diese Laptop-Verschonung gut nutzen und erklärte dem Publikum die Hintergründe des Projekts, anfangs ohne Folien, sehr anschaulich. Die vorgestellte Intervention beginne mit einem Softwaretraining während der stationären Reha. Zusätzlich werden mit den Patienten Ziele für die Nachsorgezeit festgelegt. Während der 6-monatigen Nachsorgeintervention sollen sich Teilnehmer dann wöchentlich über ein Internetforum mit Unterstützung eines Psychologen und eines Physiotherapeuten hinsichtlich ihrer individuellen Ziele austauschen. In dieser ersten Studie, in der zunächst Akzeptanz und Praktikabilität untersucht werden sollten, ergab sich eine Teilnahmequote von 21,5 %. Hauptgrund für die Ablehnung einer Teilnahme war der von den Rehabilitanden als zu hoch eingeschätzte Zeitaufwand. Auch hier zeigte sich, dass diejenigen Rehabilitanden, die sich für eine Teilnahme entschieden hatten, sehr zufrieden mit dem Angebot waren. An Prädiktoren für die Teilnahme spielte allein die Internetnutzung eine Rolle.

Eine weitere Interventionsform unter Anwendung neuer Medien stellte Dr. Jürgen Theissing mit dem Liveonline-Coaching vor. Das Liveonline-Coaching sei eine webbasierte Seminarform, in der Teilnehmer sich zu festen Seminarterminen verabreden. In der Prävention habe dieses Angebot sehr großen Zuspruch gefunden. Die Liveonline-Nachsorgebetreuung von Patienten mit Adipositas nach einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, die Dr. Theissing in seinem Vortrag näher beschrieb, zeigte wiederum unter den Teilnehmern eine hohe Akzeptanz, konnte aber in Bezug auf Tailenumfang und BMI in einem randomisiert-kontrollierten Design keine Effekte erzielen.



Nach einer Kaffeepause wurde dann in zwei abschließenden Vorträgen die Frage beleuchtet, inwieweit die Nachsorge helfen kann, Rehabilitation nachhaltiger zu gestalten. Dr. Susanne Weinbrenner von der DRV Bund erläuterte die Relevanz einer ganzheitlichen, patientenorientierten Rehabilitation und betonte die Wichtigkeit der Einbettung von Nachsorgeleistungen in den Gesamtprozess der Rehabilitation. Prof. Dr. Jens-Martin Träder, Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Lübeck vertrat in seinem Vortrag die Sicht eines niedergelassenen Arztes. Schwierigkeiten sehe er im Schnittstellenmanagement, in der Kommunikation verschiedener Versorgungssektoren, schlechter Erreichbarkeit sowie zum Teil veralteter Informationen und Kommunikationsstrukturen. Er plädierte deutlich für einen stärker EDV-gestützten Datentransfer auch zwischen Einrichtungen, Entbürokratisierung sowie die Möglichkeit eines gekürzten Reha-Entlassberichts für den Hausarzt.

In ihrem Schlusswort griff Frau Dr. Glaser-Möller alle diskutierten Punkte noch einmal auf und zog ein Resümee. Die Heterogenität der verschiedenen Nachsorgeangebote wurde auch in diesem Symposium gut abgebildet. Auch wurde deutlich, dass es einen hohen Bedarf an weiterer, spezifischer Forschung zu Nachsorgeangeboten gibt und dass es noch der Überwindung einiger eher praktischer Barrieren bedarf. Insgesamt zeigten die lebhaften Diskussionen zu den Vorträgen sowie die rege Teilnahme während des Symposiums, wie wichtig der Austausch zwischen Forschung, Praxis und Kostenträgern ist. Die Veranstalter freuen sich, mit dem Symposium einen wichtigen Beitrag zu einem hochaktuellen Thema geleistet zu haben und bedanken sich auf diesem Wege nochmals herzlich bei allen Referenten und den verschiedenen anderen Mitwirkenden, die zum Gelingen der Tagung beigetragen haben! Das Buch zur Tagung wird im Frühjahr 2014 beim Jacobs Verlag erscheinen und kann über den auf der nachfolgenden Seite abgedruckten Bestellschein erworben werden.



Publikationen 2013 (Auswahl)

- Andreas S, Härter M, Volkert J, Hausberg M, Sehner S, Wegscheider K, et al. The MentDis_ICF65+ study protocol: prevalence, 1-year incidence and symptom severity of mental disorders in the elderly and their relationship to impairment, functioning (ICF) and service utilisation. *BMC psychiatry*. 2013;13(1): 62. Epub 2013/02/20.
- Bäärnhielm S, Jávo C, Mösko M-O. Opening Up Mental Health Service Delivery to Cultural Diversity: Current Situation, Development and Examples from Three Northern European Countries. In: Alarcón RD, editor. *Cultural Psychiatry*. Basel: Karger; 2013. p. 40-55.
- Bischof G, Iwen J, Rumpf HJ. Behandlungsmotive Angehöriger nicht behandlungsbereiter Suchtkranker und deren Auswirkung auf Behandlungsergebnisse des Community Reinforcement and Family Trainings CRAFT. *Suchttherapie*. 2013;14(02): 78-83.
- Böttcher HM, Steimann M, Rotsch M, Zurborn KH, Koch U, Bergelt C. Occupational stress and its association with early retirement and subjective need for occupational rehabilitation in cancer patients. *Psychooncology*. 2013; 22: 1807-14. Epub 2012/11/24.
- Böttcher HM, Steimann M, Ullrich A, Rotsch M, Zurborn K-H, Koch U, et al. Work-related predictors of not returning to work after inpatient rehabilitation in cancer patients. *Acta Oncol*. 2013;52(6): 1067-75. Epub 2013/06/19.
- Brakemeier E-L, Buchholz A. Die Mauer überwinden. Wege aus der chronischen Depression. *Selbsthilfe und Therapiebegleitung mit CBASP*. Weinheim: Beltz; 2013. 219 p.
- Buchholz A, Friedrichs A. ICF in der Suchttherapie. Die Anwendung des MATE-ICN zur Erfassung von Leistungseinschränkungen und Hilfebedarf bei Patienten mit substanzbezogenen Störungen. *Konturen Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen*. 2013: 27-31.
- Dehoust MC, Schulz H, Härter M, Andreas S. Is all we know that we know nothing? A critical review of the prevalence of somatoform disorders in the elderly. *Open Journal of Psychiatry*. 2013;3: 375-83.
- Dwinger S, Dirmaier J, Herbarth L, König H-H, Eckardt M, Kriston L et al. Telephone-based health coaching for chronically ill patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14(1): 337.
- Faltermaier T, Brütt AL. Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen: Bedeutung für Forschung und Praxis. In: Hoefert H-W, Brähler E (Hrsg.). *Krankheitsvorstellungen von Patienten Herausforderung für Medizin und Psychotherapie*. Lengerich: Papst Science; 2013. p. 59-72.
- Hausberg MC, Schulz H, Andreas S. The relationship between individual resource realization and sociodemographic and clinical characteristics in mentally ill patients. *Journal of clinical psychology*. 2013;69(1):89-99. Epub 2012/09/15.



- Hinz A, Kohlmann T, Stobel-Richter Y, Zenger M, Brähler E. The quality of life questionnaire EQ-5D-5L: psychometric properties and normative values for the general German population. *Quality of life research* (Epub 2013/08/07).
- Hölzel LP, Kriston L, Härter M. Patient preference for involvement, experienced involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: a structural equation model test. *BMC health services research*. 2013;13: 231. Epub 2013/06/27.
- Hübner J, von Wolff A, Stange D, Härter M, Baehr M, Dartsch DC, et al. Incomplete medication adherence of chronically ill patients in German primary care. *Patient Preference Adherence*. 2013;7: 237-44. Epub 2013/04/10.
- Kohlmann S, Kilbert MS, Ziegler K, Schulz K-H. Supportive care needs in patients with cardiovascular disorders. *Patient education and counseling*. 2013; 91(3): 378-384.
- Ladehoff N, Sturm K, Mehnert A. Work-related self-report measures and assessment tools in cancer survivorship: A systematic literature review. *Disability and Rehabilitation*. 2013;35(2): 100-12.
- Liebherz S, Rabung S. Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse [Effectiveness of Psychotherapeutic Hospital Treatment in German Speaking Countries: A Meta-Analysis.]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2013;63: 355-64. Epub 2013/07/06.
- Martin A, Härter M, Hennigsen P, Hiller W, Kröner-Herweg B, Rief W. Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome. *Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, editor*. Göttingen: Hogrefe; 2013.
- Mehnert A, Koch U, Sundermann C, Dinkel A. Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: A prospective study. *Acta Oncologica*. 2013;0(0): 1-8.
- Mittag O, Kohlmann T, Meyer T, Meyer-Moock S, Meffert C, Farin E et al. Empirisch gestützte Empfehlungen für die patientenberichtete Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*. 2013; 52(2): 119-125.
- Pöppel D, Deck R et al. Messung von Teilhabe in der wohnortnahen ambulanten Neurorehabilitation – eine Pilotstudie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013;81: 1-9.
- Pöppel D, Deck R, Kringler W, Reuther P. Strukturen und Prozesse in der ambulanten Neurorehabilitation. *Rehabilitation* 2013; 52: 1-8.
- Prinz U, Nutzinger DO, Schulz H, Petermann F, Braukhaus C, Andreas S. Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC psychiatry*. 2013;13(1): 104.
- Schramm S, Hüppe A, Jürgensen M, Deck R. Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („Neues Credo“) – Langzeitergebnisse der quasiexperimentellen Interventionsstudie (im Druck). *Rehabilitation*.
- Theissing J, Deck R, Raspe H. Liveonline-Nachbetreuung bei Patienten mit abdominaler Adipositas in der kardio-diabetologischen Rehabilitation: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie. *Rehabilitation* 2013; 52: 188-195.
- Volkert J, Schulz H, Härter M, Wlodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis. *Ageing research reviews*. 2013;12(1): 339-53. Epub 2012/09/25.
- Weymann N, Dirmaier J, Härter M. Partizipative Entscheidungsfindung in der Diabetestherapie: Von der guten Absicht zur guten Tat. In: Petrak F, Herpertz S, editors. *Handbuch der Psychodiabetologie*. Berlin: Springer; 2013. p. 281-99.
- Weymann N, Härter M, Petrak F, Dirmaier J. Health information, behavior change, and decision support for patients with type 2 diabetes: development of a tailored, preference-sensitive health communication application. *Patient Preference and Adherence*. 2013: 1091.
- Zill J, Dwinger S, Kriston L, Rohenkohl A, Härter M, Dirmaier J. Psychometric evaluation of the German version of the patient activation measure (PAM13). *BMC Public Health*. 2013;13(1): 1027.

Rehawissenschaftliche Arbeitskreise & Kolloquien

- 14.01.2014 Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung**
Thema: "In-patient involvement in patient safety: reflections on the development and piloting of a complex intervention". Referent: Prof. Dr. Richard Thomson, Professor of Epidemiology and Public Health, Institute of Health & Society, University Newcastle, UK. Ort: Institut für Medizinische Psychologie, UKE; W26, Raum 204. Zeit: 15:30 - 17:00.
- 21.01.2014 Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung**
Thema: „Neue Ansätze zur Analyse multimethodal erhobener Daten“. Referent: Prof. Dr. Michael Eid, Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Arbeitsbereich Methoden und Evaluation. Ort: Institut für Biometrie und Epidemiologie, UKE; W34, EG Raum 11/12. Zeit: 15:30 - 17:00.
- 04.02.2014 Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung**
Thema: „Wer macht was mit wem und mit welchem Erfolg? Ergebnisse der Versorgungsforschung zur Integrierten Versorgung“. Referent: Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung. Ort: Institut für Biometrie und Epidemiologie, UKE; W34, EG Raum 11/12. Zeit: 15:30 - 17:00.
- 25.02.2014 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern**
Thema: noch nicht bekannt. Referent: Dr. med. Jean-Jacques Glaesener (wird angefragt). Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik „Moorbad“, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00 -18:00.
- 27.02.2014 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein**
Thema: „Vorbereitung auf die Reha: Auswirkungen leicht verständlicher Informationen“. Referent: Dr. Jürgen Höder, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. UK S-H, Campus Lübeck, Intitut für Sozialmedizin, Haus 50, 1. Stock, Raum 512. 16:00-18:00.
- 19.03.2014 Sozialmedizinisches Kolloquium**
Thema „Forschung in der psychosomatischen Rehabilitation: Evidenzbasierung und Innovationen?“. Referent: Prof. Dr. Holger Schulz. Ort: DRV Nord, Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck. Zeit: 16:00-18:00.
- 27.05.2014 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern**
Thema: „Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation“. Referentin: Dr. Ruth Deck. Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik „Moorbad“, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00 -18:00.
- 05.06.2014 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein**
Thema: „Qualitätssicherung in der medizinischen Reha – aktuelle Entwicklungen“. Referenten: Dr. Here Klosterhis, Dr. Nathalie Glaser-Möller; Deutsche Rentenversicherung Nord. UK S-H, Campus Lübeck, Intitut für Sozialmedizin, Haus 50, 1. Stock, Raum 512. Zeit: 16:00-18:00.
- 18.06.2014 Sozialmedizinisches Kolloquium**
Thema: noch nicht bekannt. Referent: Dr. Matthias Bethge, Medizinische Hochschule Hannover. Ort: DRV Nord, Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck. Zeit: 16:00-18:00.

Nationale und internationale Konferenzen & Kongresse

- 23. Reha-Kolloquium 2014.** Thema: *Arbeit - Gesundheit - Rehabilitation*. Ort: Karlsruhe. **10.03.2014 - 12.03.2014**
Web: <http://goo.gl/wg19hN>.
- 15. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin.** Thema: *Prävention zwischen Evidenz und Eminenz*. Ort: Halle (Saale). Web: <http://www.ebm-kongress.de/> **13.03.2014 - 15.03.2014**
- DGRW / RFV Symposium Reha2020.** Ort: Freiburg. **TERMIN FOLGT**
Web: <http://www.uniklinik-freiburg.de/rfv/live/Symposium.html>
- 6. Rehakongress.** Thema: *Leben mit / trotz Krebs. Reha entscheidet. Was folgt nach der Akuttherapie?* Ort: Bad Kissingen. Web: <http://rehakongress.de/> **07.05.2014 - 09.05.2014**
- 17th EASAR Conference.** Ort: Lüneburg. Web: <http://www.easar.com/> **15.05.2014 - 18.05.2014**
- Hauptstadtkongress.** Thema: *Medizin und Gesundheit*. Ort: Berlin. **25.06.2014 - 27.06.2014**
Web: <http://www.hauptstadtkongress.de/>



Der wichtigste deutsche Kongress der Rehabilitationsforschung geht 2014 in die 23. Runde. Diesmal in Karlsruhe werden, gemessen an den Vorjahren, voraussichtlich 1.500 Erpertinnen und Experten aus Forschung und Praxis, Verwaltung, Politik, Medizin, Therapie und Psychologie sowie Gesundheitsmanagement erwartet.

Das 23. Reha-Wissenschaftliche Kolloquium wird sich mit dem Thema „Arbeit - Gesundheit - Rehabilitation“ und mit Fragen zu den Wechselwirkungen von Prävention und Rehabilitation sowie deren Bedeutung für die Vermeidung von beruflicher und gesellschaftlicher Ausgrenzung beschäftigen. Damit Prävention und Rehabilitation weiterhin mit wirksamen Methoden zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit

eingesetzt werden können, muss es in Zukunft gelingen, sie besser miteinander und mit der Arbeitswelt zu vereinbaren. Wenn das gelingt, könnte auch den sich wandelnden Arbeitsbedingungen und anderen allgegenwärtigen Belastungen, die die Teilhabe negativ beeinflussen, effizient vorgebeugt oder schlimmstenfalls in der Reha nachhaltig entgegengewirkt werden.

Die Anmeldung ist bis zum 21. Februar 2014 möglich. Bei Anmeldung bis zum 24. Januar lockt eine Ermäßigung des Kongressbeitrages. Studenten, Arbeitslose und DGRW-Mitglieder sparen außerdem. Zur Anmeldung und zu weiteren Informationen können Sie über folgenden Link gelangen: <http://goo.gl/liUNhi>

**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
Walther-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

